

Les interventions éducatives visant à réduire le recours aux contentions physiques auprès des personnes âgées : une synthèse critique des écrits

Sabrina Bouheraoua^a, inf., B. Sc. et Véronique Dubé^b, inf., Ph. D.

^a Étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

^b Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers

Résumé

Contexte Le recours à la contention physique auprès des personnes âgées demeure une problématique malgré l'abondance d'écrits scientifiques sur la nécessité d'en réduire l'usage pour assurer la sécurité et le maintien de la dignité des aînés, notamment par l'utilisation de mesures alternatives. Étant parmi les professionnels qui ont la responsabilité d'en déterminer l'utilisation et la surveillance, les infirmières se perçoivent comme étant peu formées sur la contention et ses mesures alternatives. Bien que diverses interventions éducatives aient été offertes sur la réduction de l'utilisation des contentions, leur efficacité sur les changements de pratique des infirmières demeure limitée. **But.** Le but est de discuter l'état des connaissances sur les interventions éducatives portant sur l'utilisation des contentions physiques auprès des personnes âgées évaluées empiriquement.

Méthode. Cette synthèse critique a été réalisée dans les bases de données CINAHL, Medline, PsycINFO, Web of Science et ERIC en plus de la littérature grise. La qualité des articles retenus a été évaluée à l'aide des grilles d'analyse CONSORT, AMSTAR et COREQ. **Résultats.** Un total de 10 écrits a été analysé. Les composantes, durées et fréquences des interventions éducatives portant sur l'utilisation des contentions physiques sont hétérogènes entre les études recensées. Par ailleurs, les effets des interventions éducatives sur la prévalence des contentions physiques auprès des personnes âgées sont mitigés. **Conclusion.** De nouvelles études sont nécessaires afin de combler certaines connaissances quant au type d'intervention éducative à privilégier pour diminuer la prévalence des contentions. Néanmoins, des interventions éducatives engageantes semblent être une piste à explorer.

Mots-clés : contentions physiques, personnes âgées, infirmières, développement professionnel

Educational interventions to reduce physical restraints among elderly: a critical synthesis of literature

Context. The use of physical restraint on elderly people remains a problematic issue despite the abundance of scientific literature on the need to reduce its use to ensure the safety and dignity of seniors, particularly through the use of alternatives. Nurses, among the professionals responsible for determining its use and monitoring, perceive themselves as poorly trained on restraint and its alternative measures. Although various educational interventions have been offered on reducing the use of restraints, their effectiveness on changes in nurses' practice remains limited. **Purpose.** The aim of this article is to discuss the state of knowledge on empirically evaluated educational interventions on the use of physical restraints on elderly people. **Method.** This critical synthesis was conducted in the CINAHL, Medline, PsycINFO, Web of Science, and ERIC databases, in addition to grey literature. The quality of the selected articles was assessed using the CONSORT, AMSTAR, and COREQ analysis grids. **Results.** A total of 10 articles were analyzed. The components, durations, and frequencies of educational interventions on the use of physical restraints are heterogeneous among the studies reviewed. Moreover, the effects of educational interventions on the prevalence of physical restraints among the elderly are mixed. **Conclusion.** New studies are necessary to fill in certain knowledge gaps regarding the type of educational intervention to prioritize to reduce the prevalence of physical restraints. However, engaging educational interventions seem to be a promising avenue to explore.

Keywords: physical restraints, elderly, nurses, professional development

Cet article a été rédigé dans le cadre des études à la maîtrise de la première autrice qui s'est vu octroyer les bourses d'études suivantes : Bourse Virginie-Allaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers, Bourse de l'Association étudiante des cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Bourse de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec, Bourse de fin d'études en maîtrise du ministère de l'Enseignement supérieur en partenariat avec le Réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mme Sabrina Bouheraoua : sabrina.bouheraoua@umontreal.ca

En 2050, la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus dépassera 30 % en Amérique du Nord (Organisation mondiale de la santé, 2016). Les infirmières présentent parfois des lacunes dans les connaissances spécifiques en soins gériatologiques (Baumbusch et al., 2016) et peuvent ainsi opter pour des interventions nuisibles pour les personnes âgées, telles que le recours aux contentions physiques (Calnan et al., 2013). On décrit les contentions comme étant particulièrement surutilisées auprès des personnes âgées (Gunawardena et Smithard, 2019). Selon un consensus international, les contentions peuvent être définies comme « toute action ou procédure qui empêche le libre mouvement du corps d'une personne vers une position de son choix et/ou l'accès normal à son corps par l'utilisation de toute méthode [...] qu'elle ne peut pas contrôler ou retirer facilement » (Bleijlevens et al., 2016, p. 2309).

La décision d'utiliser des contentions est une activité réservée de l'infirmière (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2023), qui doit utiliser son jugement clinique et prendre en considération tous les aspects d'une situation de soins afin de s'assurer d'une prise de décision judicieuse (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2006). Au Québec, l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux encadre leur utilisation, qui se doit d'être minimale et justifiée par un risque imminent pour le patient ou pour autrui (Gouvernement du Québec, 2002). Ainsi, les professionnels se doivent notamment d'appliquer et d'évaluer des mesures alternatives aux contentions dans leur pratique (Roy et Gagnon, 2021), soit toute intervention mise en place en opposition à l'utilisation des contentions, tout en assurant le maintien de la sécurité de la personne (Roy et Gagnon, 2021).

Les écrits scientifiques révèlent que la principale raison mentionnée par les infirmières pour justifier le recours aux contentions physiques est la notion de sécurité, incluant la prévention des blessures et des chutes des patients (Dahlke et al., 2019; Lane et Harrington, 2011). Plus particulièrement, les troubles cognitifs et l'état confusionnel aigu sont associés à une utilisation accrue des contentions physiques (Hofmann et Hahn, 2014), principalement due à des symptômes tels que l'errance et l'agitation, qui accroissent le risque de chutes et de blessures (Gunawardena et Smithard, 2019). Pourtant, les résultats probants démontrent que les contentions physiques accroissent l'agitation des personnes âgées et représentent un facteur précipitant de l'état confusionnel aigu (Gunawardena et Smithard, 2019). En outre, elles sont inadéquates pour la prévention des chutes (LeLaurin et Shorr, 2019). Il y aurait donc un manque de compréhension et une conception biaisée de la notion de sécurité de la part des

infirmières en lien avec les contentions physiques, révélant d'importants écarts entre leurs connaissances et les résultats probants (Dahlke et al., 2019). D'une part, les écrits révèlent des lacunes dans les connaissances des infirmières quant aux conséquences possibles du recours aux contentions physiques chez les personnes âgées ainsi qu'aux droits des patients, notamment le droit de refuser les contentions (Chang et al., 2016; Kor et al., 2018). D'autre part, il apparaît que les infirmières ne comprendraient pas les raisons adéquates de leur utilisation ni les mesures alternatives qu'elles peuvent mettre en place pour les éviter (Eskandari et al., 2018; Kor et al., 2018).

En effet, malgré les preuves soutenant leur inefficacité et leurs effets néfastes, les infirmières, bien qu'hésitantes quant à la mise en place des contentions, opteraient tout de même pour leur usage, qu'elles jugent nécessaire face à un enjeu de sécurité pour la personne âgée (Fariña-López et al., 2014; Möhler et Meyer, 2014). De plus, on note une sous-utilisation des mesures alternatives, que ce soit par manque de connaissance ou encore de conviction, car certaines infirmières considéreraient qu'il n'existe pas de mesure alternative efficace pour prévenir l'utilisation des contentions (Kor et al., 2018). Les écrits soulignent l'importance de la formation continue des infirmières sur le sujet (Eskandari et al., 2017; Thomann, Hahn, et al., 2021).

Plusieurs interventions ont été mises en place dans le but de réduire le recours aux contentions physiques, dont certaines principalement basées sur des activités de formation continue que nous qualifierons d'interventions éducatives. Certaines de ces interventions éducatives se sont avérées efficaces pour diminuer la prévalence d'utilisation des contentions physiques auprès des personnes âgées (Eskandari et al., 2017; Testad et al., 2016), notamment dans un hôpital canadien (Enns et al., 2014). Néanmoins, certaines interventions éducatives peuvent démontrer une amélioration des connaissances des infirmières sur les contentions physiques, sans pour autant amener un changement de prévalence (Chang et al., 2016) en fonction du type d'intervention. Ainsi, cette synthèse vise à répondre aux questions suivantes : quelles sont les différentes interventions éducatives évaluées et quels sont leurs effets sur la prévalence d'utilisation des contentions physiques chez les personnes âgées ?

Méthodologie

Afin de répondre à ces questions, la recension des écrits discute l'état des connaissances actuelles sous forme de synthèse critique permettant de relever les écarts dans les preuves disponibles

(Carnwell et Daly, 2001). Cette synthèse critique cible plus spécifiquement la qualité des écrits recensés, la description des interventions mises à l'étude ainsi que leur efficacité. Les bases de données CINAHL, Medline, PsycINFO, Web of Science et ERIC ont été parcourues avec les mots-clés (descripteurs) reconnus sur les interventions éducatives visant à réduire l'utilisation des contentions (voir tableau 1 en annexe). Cette recherche a été exécutée avec l'aide d'une bibliothécaire. La littérature grise a également été explorée au moyen du moteur de recherche Google Scholar. La recherche documentaire a été complétée à partir des références bibliographiques des articles recensés. Les écrits ont été retenus selon les critères d'inclusion suivants : 1) Porter principalement sur les interventions éducatives sur la contention physique auprès des personnes âgées; 2) Avoir été publié, en français ou en anglais, entre 2012 et 2022; 3) Avoir été réalisé en milieu de soins de courte ou de longue durée. Le choix d'exclure les études portant sur les interventions éducatives datant de plus de 10 ans a été fait afin de refléter l'utilisation récente des contentions ainsi que les innovations pédagogiques à ce sujet. Néanmoins, un article tiré à partir des références bibliographiques des études retenues (Lai et al., 2011) ainsi qu'un document phare pour le Québec issu de la littérature grise (MSSS, 2006) datant de plus de 10 ans ont été retenus pour leur pertinence quant aux interventions éducatives proposées. Au total, 10 écrits ont été retenus. Le diagramme de flux est présenté à la figure 1 et les écrits retenus sont synthétisés dans le tableau 2 en annexe.

La sélection et l'évaluation de la pertinence des études ont été faites par un examinateur avec l'appui d'un second examinateur selon la lecture du titre et du résumé, du but et de la méthode puis du texte intégral à l'aide du logiciel de gestion des références EndNote. Étant donné leur niveau d'évidence, les synthèses des écrits ont été priorisées, suivies des études expérimentales. Les études déjà incluses dans les synthèses des écrits recensés n'ont pas été rapportées individuellement, réduisant le nombre d'écrits retenus. Des études qualitatives ont également été retenues pour une meilleure compréhension du phénomène (Gray et Grove, 2021). De plus, des grilles d'analyse de la qualité méthodologique des écrits ont été utilisées afin de s'assurer de la fiabilité des résultats. La grille AMSTAR (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2010) a été utilisée pour évaluer les revues systématiques et les revues de la portée. Pour ce qui est des études à devis expérimental et qualitatif, les grilles CONSORT (Schulz et al., 2010) et COREQ (Tong, Sainsbury et Craig, 2007) ont été utilisées respectivement. Les résultats de cette recension sont présentés à la prochaine section.

Résultats

Interventions éducatives sur les contentions physiques auprès des personnes âgées

Les interventions éducatives portant sur l'utilisation des contentions physiques repérées dans les écrits scientifiques sont variées. Celles-ci sont synthétisées dans le tableau 2 en annexe. En nous basant sur les grilles d'évaluation méthodologiques, nous constatons que la qualité méthodologique des études est modérée, notamment due à des petites tailles d'échantillon et des études hétérogènes. Un total de cinq synthèses des écrits, dont trois revues systématiques (Abraham et al., 2022; Lan et al., 2017; Mohler et al., 2012), une revue de la portée (Abraham et al., 2020) et une recension des écrits (Ferland et al., 2012) ainsi que deux essais contrôlés randomisés (ECR) (Abraham et al., 2019; Testad et al., 2016), deux études quasi expérimentales (Gordon et al., 2016; Lai et al., 2011), et un document présentant un programme de formation gouvernemental (MSSS, 2006) ont permis de dégager les éléments de contenu, composantes, durées, fréquences et population cible des interventions éducatives sur l'utilisation des contentions physiques chez les personnes âgées dans les hôpitaux et les milieux de soins de longue durée, de même que les effets de ces interventions sur la prévalence des contentions.

Éléments de contenu, composantes, durées, fréquences et population cible

Parmi les interventions recensées, il a été possible de dégager les éléments de contenu fréquemment abordés. Les diverses interventions comprennent une ou plusieurs composantes (p. ex. des stratégies éducatives individuelles, de groupe, réflexives) qui peuvent être combinées avec des composantes matérielles (p. ex. accès à du matériel comme mesures alternatives) ou organisationnelles (p. ex. politique). Les durées et les fréquences des interventions étaient hétérogènes d'une étude à l'autre et, de façon générale, les descriptions des interventions sont succinctes.

Pour commencer, les éléments de contenu des interventions éducatives sont plutôt similaires d'une étude à l'autre. Les plus récurrents sont les alternatives aux contentions ($n = 21$), suivies de notions sur l'application sécuritaire des contentions physiques ($n = 12$), des informations relatives à leurs effets indésirables et leur manque d'efficacité ($n = 12$) puis des stratégies de gestion des comportements difficiles ($n = 9$) (Abraham et al., 2020). Plus précisément, les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont largement discutés. Parmi les 10 écrits recensés, les TNCM et les SCPD ont

été abordés comme éléments de contenu dans cinq interventions éducatives (Abraham et al., 2020 ; Gordon et al., 2016 ; Mohler et al., 2012; MSSS, 2006; Testad et al., 2016). Les croyances et les attitudes du personnel au regard des contentions (Abraham et al., 2022 ; Mohler et al., 2012; MSSS, 2006; Lai et al., 2011) sont également abordées de même que le risque de chutes et les stratégies de prévention des chutes (Abraham et al., 2022; Abraham et al., 2020; Mohler et al., 2012 ; MSSS, 2006). On mentionne aussi le processus décisionnel à la mise en place des contentions ainsi que les outils d'aide à la décision. Enfin, les aspects juridiques et éthiques sont parfois discutés (Abraham et al., 2020; Mohler et al., 2012 ; MSSS, 2006).

Certaines interventions présentent de multiples composantes et ciblent différents niveaux : organisationnel, législatif, matériel et humain, en plus du volet éducatif dont il est plus précisément question dans cette recension. Les composantes organisationnelles visent plus particulièrement à obtenir des changements au sein de l'organisation du travail par le biais de soutien administratif, de changements de réglementation (Abraham et al., 2022; Abraham et al., 2020) ou encore par des changements de politique institutionnelle pour mieux encadrer l'utilisation des contentions (Lan et al. 2017). La consultation et le counseling sont des composantes fréquemment intégrées dans les interventions éducatives, notamment des services de consultation avec une infirmière en pratique avancée ou des formations supplémentaires pour des infirmières-clés désignées (Abraham et al., 2022; Abraham et al., 2020; Abraham et al. 2019; Köpke et al., 2012). Dans plusieurs études, des mesures alternatives ont été offertes aux infirmières telles que du matériel de soutien (Abraham et al., 2019; 2020, Kople et al., 2012) comme des protecteurs de hanches et des tapis de détection (Möhler et al., 2012). De plus, certains auteurs ont rapporté avoir intégré des activités de réflexion à l'intervention éducative (Abraham et al., 2022; Abraham et al., 2020; Gordon et al., 2016; Lai et al., 2011; MSSS, 2006). Dans leur revue de la portée (n = 31), Abraham et al. (2020) n'ont répertorié que quatre études (13 %) portant sur des interventions éducatives à composante unique de formation théorique.

Enfin, il arrive que la population cible des interventions éducatives ne soit pas décrite (n=13, 42 %) (Abraham et al., 2020), bien que dans la plupart des études, les interventions soient destinées aux infirmières. D'autres professionnels sont parfois visés (p. ex. : ateliers pour les médecins) (Abraham et al. 2022; Abraham et al. 2020), mettant de l'avant l'importance du travail d'équipe interdisciplinaire dans l'utilisation des contentions.

Effets des interventions éducatives sur la prévalence des contentions physiques

Les résultats des interventions éducatives sont mitigés quant à la prévalence d'utilisation des contentions physiques suite à la formation. L'ECR d'Abraham et al. (2019) comptait deux groupes expérimentaux (GE) et un groupe contrôle (GC). Les interventions qui ont été prodiguées aux GE variaient légèrement. Dans l'un des GE, une version antérieure d'un guide de pratique a été utilisée et une séance d'information de 90 minutes a été prodiguée à toutes les infirmières participantes. Dans le second GE, une version mise à jour du guide de pratique a été utilisée et un module de formation complémentaire a été offert à quelques infirmières. La prévalence d'utilisation des contentions physiques auprès des résidents de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) a été mesurée dans les deux GE et le GC pré-intervention, 6 mois, puis 12 mois après l'intervention éducative. Des analyses de régression linéaire effectuées post-intervention ont démontré une diminution statistiquement significative de la prévalence d'utilisation des contentions dans les deux GE, sans avoir d'effet sur le nombre de chutes ou de fractures ni sur la qualité de vie des résidents. Plus précisément, les 12 mois suivants l'intervention, la prévalence avait diminué de 2,8 % ($p = 0,042$) dans le premier GE et de 3,9 % ($p = 0,009$) dans le deuxième GE. Il est toutefois à noter que les différences de prévalence entre les GE et le GC ne sont pas statistiquement significatives. Il est à préciser que les infirmières du GC se sont vu remettre des documents d'information. Sachant que les prévalences d'utilisation des contentions physiques ont été mesurées par observation directe par un observateur externe dans les différents groupes, il est possible qu'un effet Hawthorne explique cette diminution intragroupe. En effet, les infirmières, qui avaient conscience d'être observées, ont possiblement modifié leur comportement, dans ce cas-ci en réduisant leur utilisation des contentions physiques, tant dans les GE que dans le GC (Gray et Grove, 2021).

L'étude pilote quasi-expérimentale de Gordon et al. (2016), cherchait à déterminer l'impact d'une intervention éducative dans 11 CHSLD composant le GE en comparaison à 22 CHSLD du GC (soins usuels). Des rencontres virtuelles ont été dispensées auprès d'infirmières participantes dans chaque CHSLD du GE. Elles ont pu bénéficier de brèves séances théoriques et de discussion avec des experts cliniques (un gériatre, un gérontopsychiatre, un neurologue comportemental et un travailleur social) au sujet de résidents vivant avec un TNCM afin de réduire l'utilisation des contentions auprès de ceux-ci. Des analyses de régression logistique ont permis d'établir que les résidents du

GE étaient 75 % moins susceptibles d'être mis sous contentions physiques par rapport aux résidents du GC pendant la période d'intervention (OR = 0,25, $p = 0,05$). La diminution du nombre de résidents sous contentions s'est maintenue pendant la période d'intervention, mais elle était plus importante au cours du premier trimestre avec une diminution de 67,3 % dans le GE comparativement à une augmentation de 11,5 % dans le GC (OR = 0,58, $p = 0,07$). Il est possible que l'effet de nouveauté explique cette diminution accrue en début de collecte des données, période qui peut s'accompagner d'une forte motivation des participants (Gray et Grove, 2021).

La revue systématique de Mohler et al. (2012), qui a recensé six ECR, rapporte une augmentation statistiquement significative de l'utilisation des contentions physiques post-intervention dans le GE ainsi que le GC dans la seule des six études présentant un faible risque de biais pour la sélection des participants, une randomisation adéquate et l'absence de déséquilibres de base entre les groupes d'étude. La prévalence d'utilisation des contentions physiques a augmenté de 54 % à 64 % ($p = 0,02$) dans le GE et de 49 % à 60 % ($p = 0,007$) dans le GC. D'autres études ($n = 4$) ayant été évaluées à risque de biais par les auteurs (différences dans les composantes des interventions et des définitions des contentions physiques), relatent une réduction de l'utilisation des contentions physiques post-intervention éducative dans le GE, sans nécessairement spécifier si ces résultats sont statistiquement significatifs. Enfin, dans la dernière étude, on ne remarque aucun changement dans le GE en post-intervention, mais une augmentation statistiquement significative de l'utilisation des contentions physiques dans le GC avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p = 0,001$). Quant aux résultats secondaires rapportés, il arrive que la durée d'utilisation des contentions physiques augmente significativement autant dans le GE que dans le GC ($p = 0,001$) ($n = 1$) ou, au contraire, qu'elle diminue dans le GE ($n = 1$). Des résultats ont également été rapportés quant aux chutes et aux blessures liées aux chutes, pour lesquels il n'y a eu aucune augmentation pendant les interventions ($n = 3$), ce qui rejoint les résultats d'Abraham et al. (2019).

En 2017, Lan et al. ont mené une revue systématique qui reprenait les études recensées par Mohler et al. (2012), en y ajoutant 16 nouvelles études. Les auteurs rapportent avoir fait une évaluation méthodologique rigoureuse de ces écrits selon les lignes directrices PRISMA. Une méta-analyse et une méta-régression ont été réalisées afin de vérifier l'efficacité des interventions éducatives sur la réduction de l'utilisation des contentions physiques dans les milieux de soins de

longue durée. Bien que leur méta-analyse révèle que l'utilisation des contentions physiques était significativement moins fréquente dans les GE ($p < 0,001$) que dans les GC, les auteurs indiquent que, mis à part les études dont les échantillons se chevauchent, la moitié des ECR ($n = 5$) ne révèlent aucun effet significatif. Les résultats de la méta-régression révèlent quant à eux que les effets des interventions éducatives ne se seraient pas maintenus dans le temps et que celles dont la fréquence et la durée étaient plus intenses auraient un plus grand effet sur la réduction de l'utilisation des contentions physiques ($p < 0,001$). Il faut souligner que les définitions des contentions ne sont pas systématiquement incluses ni clairement explicites dans les études recensées par Lan et al. (2017). Par exemple, les ridelles de lit ont été incluses dans certaines études, alors qu'elles ne l'étaient pas dans d'autres. De plus, les interventions éducatives comportent plusieurs différences, notamment le nombre de participants, les milieux de soins, le type d'intervention prodiguée ainsi que la durée des périodes de suivi, ce qui rend difficile la comparaison des interventions éducatives afin d'émettre des recommandations. Les auteurs ne font d'ailleurs qu'une brève description de ces interventions, mais mentionnent que les interventions à multiples composantes seraient plus efficaces pour réduire la prévalence des contentions physiques.

L'ECR de Testad et al. (2016) révèle une diminution significative de l'utilisation des contentions physiques dans le GE suite à l'intervention éducative. On note également une diminution significative de l'utilisation des contentions physiques dans le GC (soins usuels), qui serait même supérieure à celle mesurée dans le GE. Toutefois, ce résultat pourrait notamment s'expliquer par la mise en place d'initiatives législatives en Norvège, où a eu lieu l'étude, afin de réduire le recours aux contentions dans les milieux de soins. Ces mesures, qui incluaient d'ailleurs des formations sur le sujet, étaient en cours avant et pendant la période d'intervention de l'étude, ce qui vient nuancer l'interprétation des résultats qui révèlent une diminution intragroupe.

Dans leur revue de la portée décrivant les caractéristiques et les effets de ce même type d'interventions éducatives en milieu hospitalier, Abraham et al. (2020) corroborent les résultats de Lan et al. (2017) et Mohler et al. (2012). Les auteurs concluent à leur tour à l'inconsistance des résultats entre les études et soulignent le risque de biais dans des études réalisées avec des échantillons de petite taille et des devis pré ou quasi expérimentaux sans GC.

Finalement, la revue systématique d'Abraham et al. (2022) comptant deux ECR et deux essais cliniques contrôlés sans randomisation a évalué les

effets des interventions éducatives visant à réduire l'utilisation des contentions physiques chez des personnes âgées hospitalisées. Les résultats de l'une des études portant sur l'utilisation de moniteurs à alarme pour les participants à risque de chute n'ont pas été pris en compte dans cette synthèse étant donné qu'il ne s'agit pas d'une intervention éducative. Étant donné l'insuffisance des données rapportées ($n = 1$) et des différences entre les GE et GC en pré-intervention (p. ex., nombre de participants, prévalence des contentions), une méta-analyse n'a pas été possible. Les résultats ont donc été rapportés de manière narrative avec la méthode GRADE.

Parmi ces résultats, l'une des études recensées par Abraham et al. (2022) démontre elle aussi une légère diminution intragroupe de la prévalence d'utilisation des contentions physiques entre le GE et le GC. On ne mentionne cependant pas si cette différence est statistiquement significative dans les deux groupes ni entre les deux groupes. Dans une seconde étude dans laquelle une randomisation par grappes a été effectuée, aucune information sur les données des différentes grappes n'est fournie. On spécifie toutefois que la proportion de patients avec une contention physique est passée de 13-27 % pré-intervention à 7-14 % post-intervention pour l'ensemble des grappes. À l'inverse, on remarque plutôt une augmentation de la prévalence au cours de la période d'intervention dans les deux groupes d'une autre étude. Les résultats des trois études recensées par Abraham et al. (2022) sont incohérents quant aux changements de prévalence de l'utilisation des contentions physiques suite aux interventions éducatives à l'étude. Il est à noter que les études recensées présentaient toutes un risque élevé de biais de sélection ($n = 3$), certaines n'ayant pas procédé à une randomisation des participants. Finalement, deux des trois études recensées ont recueilli des données sur la fidélité à l'intervention permettant de s'assurer que les interventions ont été prodiguées telles que planifiées.

L'étude quasi-expérimentale de Lai (2011) intègre diverses stratégies dans son intervention, notamment des discussions, des exercices de simulation et des études de cas pour favoriser la réflexion et ainsi favoriser le lien entre les notions théoriques abordées lors de l'intervention et la pratique clinique. Cette intervention a néanmoins résulté en une augmentation globale de la prévalence d'utilisation des contentions physiques dans le GE. Il faut toutefois préciser qu'on note une diminution statistiquement significative de l'utilisation continue de contentions (de 10,8 % à 8,5 %; $p < 0,001$), résultat qui s'avère cliniquement pertinent puisqu'il reflète un changement dans la pratique des infirmières (Lai et al., 2011).

Le programme de formation du MSSS (2006) d'une durée totale de sept heures s'adresse aux

professionnels de la santé ainsi qu'aux préposés aux bénéficiaires pour une diminution de l'utilisation des contentions physiques ainsi qu'un recours plus judicieux à celles-ci dans les milieux de soins. Différents thèmes y sont abordés de façon interactive avec les participants, qui sont amenés à prendre la parole et à réfléchir sur divers aspects de leur pratique, notamment par le biais d'activités réflexives comme des études de cas, des discussions ou encore des exercices d'imagerie mentale. Un formateur dispense quant à lui de brefs exposés magistraux pour chaque thème. Trois ans après le déploiement de ce programme, la prévalence de la contention physique au sein d'un hôpital québécois, qui était de 3,5 % est passée à 1,8 % (excluant les ridelles de lit) (Roy et Authier, 2006; Roy et al., 2011 cités dans Roy et Gagnon, 2021).

Enfin, l'article de Ferland et al. (2012) porte sur le retour post-événement en lien avec l'utilisation non planifiée des contentions physiques auprès des personnes âgées en CHSLD (Ferland et al., 2012). Les auteurs soutiennent l'efficacité du retour post-événement, qui suscite une réflexion de groupe après que l'infirmière ait eu recours aux contentions physiques auprès d'une personne âgée. Lors de cette réflexion, on examine les facteurs ayant mené au choix d'utiliser la contention afin que cette utilisation ne se fasse véritablement qu'en dernier recours (Ferland et al., 2012). L'aspect réflexif est mis de l'avant et soutiendrait les changements de pratique selon les auteurs. Ces derniers suggèrent d'ailleurs de baser ce type d'intervention sur une formation existante afin de transmettre également des notions théoriques en lien avec les contentions, telles que leurs conséquences et leurs alternatives. Le programme de formation du MSSS (2006) est d'ailleurs cité.

Discussion

Cette synthèse des écrits a porté sur les interventions éducatives visant à réduire l'utilisation des contentions physiques chez les personnes âgées. Elle a permis de relever les différents types d'interventions éducatives recensées et leurs effets sur la prévalence d'utilisation des contentions physiques. Les résultats ont mis de l'avant l'insuffisance de résultats probants disponibles pour pouvoir conclure sur les effets des interventions éducatives sur la prévalence compte tenu de la grande variabilité des résultats des études recensées. Les synthèses des écrits disponibles (Abraham et al., 2020; Lan et al., 2017, Möhler et al., 2012), dont la revue systématique d'Abraham et al. (2022) faisant état des plus récentes évidences sur le sujet, mettent en évidence les faiblesses méthodologiques des études existantes

et l'insuffisance de résultats probants pour soutenir l'efficacité des interventions éducatives sur la prévalence d'utilisation des contentions. Ainsi, il est difficile d'établir que les interventions éducatives peuvent prévenir ou réduire le recours aux contentions physiques auprès des personnes âgées.

De plus, quant au processus de mise en place des interventions éducatives, peu d'études ont fourni des informations à ce sujet (Mohler et al., 2012). On soulève d'ailleurs un manque d'études permettant de démontrer la faisabilité des interventions éducatives (Abraham et al., 2020; Mohler et al., 2012), notamment sur une longue période (Chang et al., 2016). À l'exception de l'ECR d'Abraham et al. (2019), pour lequel une étude pilote a été faite en amont afin de tester la faisabilité des procédures et du matériel de l'intervention ainsi que l'étude pilote de Gordon et al. (2016), aucune des études n'a fourni d'informations sur la faisabilité de l'intervention éducative. Il s'avèrerait judicieux d'avoir des informations à ce sujet, d'autant plus qu'on relève des différences dans la mise en place de l'intervention par rapport à ce qui était prévu au protocole dans l'une des études recensées par Mohler et al. (2012) (nombre inférieur de CHSLD dans l'échantillon). Similairement, la fidélité à l'intervention n'est que très peu rapportée, il est donc difficile de déterminer si les résultats sont réellement attribuables aux interventions éducatives.

L'inconsistance des résultats quant à l'efficacité des interventions éducatives pourrait s'expliquer par l'hétérogénéité des études. Notamment, la définition des contentions n'est pas systématiquement incluse dans les études recensées (Abraham et al., 2022; Abraham et al., 2020). Lorsqu'elle est toutefois précisée, on note des variations dans les définitions retenues (Lan et al., 2017; Mohler et al., 2012). Les ridelles de lit, qui ne sont pas définies comme étant des contentions dans certaines études, sont pourtant le type de contention le plus couramment utilisé (Mohler et al., 2012; Roy et Gagnon, 2021) et correspondent à la définition de contention énoncée précédemment. Par ailleurs, les différences pré-intervention entre les GE et GC pour des caractéristiques importantes tels que la prévalence des contentions physiques ainsi que le nombre de participants (Abraham et al., 2022; Lan et al., 2017) accentuent cette hétérogénéité. Les disparités entre les groupes, parfois statistiquement significatives (Mohler et al., 2012) contribuent à l'écart de résultats entre les différentes études recensées.

En outre, d'importantes différences ont été relevées dans les interventions à l'étude, notamment dans les composantes incluses, le contenu, la fréquence et la durée des interventions ainsi que les périodes de suivi post-intervention, qui variaient considérablement d'une étude à l'autre

(Abraham et al., 2022; Abraham et al., 2020; Lan et al., 2017; Mohler et al., 2012). Par ailleurs, les descriptions des interventions éducatives sont généralement très succinctes. Les éléments de contenu, les composantes, la durée et la fréquence ainsi que la population cible ne sont pas toujours précisés. De plus, mis à part ces éléments, peu, voire aucune description des interventions à l'étude n'est présentée (Abraham et al., 2020; Lan et al., 2017). Les mesures alternatives représentent toutefois une priorité dans le besoin de formation des professionnels, puisque celles-ci sont nécessaires à la réduction de l'utilisation des contentions (Roy et Gagnon, 2021) et sont fréquemment abordées par rapport au contenu des interventions éducatives recensées (Abraham et al., 2022; Abraham et al., 2020; Lai et al., 2011; Mohler et al., 2012; MSSS, 2006; Testad et al., 2016).

Face à ces résultats, il est difficile d'émettre des recommandations sur le type d'intervention éducative à privilégier. Néanmoins, les interventions à composantes multiples semblent démontrer des résultats favorables en termes d'efficacité sur la prévalence d'utilisation des contentions physiques. D'ailleurs, Abraham et al. (2020) n'ont répertorié que quatre études portant sur des interventions éducatives à composante unique de formation théorique, datant pour la plupart de plus de 10 ans. Ces interventions peuvent être moins adaptées au contexte contemporain de la formation infirmière, d'autant plus que les plus récents résultats semblent avancer que les interventions multicomposantes s'avèreraient plus efficaces et sont de plus en plus développées (Abraham et al., 2020; Lan et al., 2017). En effet, l'utilisation des contentions est une problématique complexe qui demande souvent des interventions visant différents aspects compte tenu de la dimension multifactorielle du recours à la contention. Notamment, certaines de ces interventions combinent des activités qui s'apparentent à de la pratique réflexive en complément aux notions théoriques.

La pratique réflexive, qui permet d'allier la théorie à la pratique, réfère au praticien qui utilise la réflexion afin de revoir une expérience au moment où elle survient ou à la suite de celle-ci afin d'améliorer sa pratique. Ancrée dans les expériences et la pratique des infirmières, la pratique réflexive favoriserait la mise en place de solutions concrètes par les infirmières pour améliorer leur pratique (Dubé et Ducharme, 2015; Miraglia et Asselin, 2015). Certaines activités de pratique réflexive décrites dans les interventions éducatives suscitent non seulement l'engagement des participants, mais également la mise à contribution de leurs expériences professionnelles. Parmi celles-ci, on retrouve des discussions en plénière, des études de cas ainsi que des exercices favorisant la réflexion en équipe ou individuellement

(Abraham et al., 2022 ; Abraham et al., 2020; Gordon et al., 2016 ; Lai et al., 2011 ; MSSS, 2006). Aussi, la pratique réflexive utilisée sous forme de retour post-événement (Ferland et al. ; 2012) s'apparente à la notion de réflexion sur l'action émise par Schön (1983). Ainsi, les résultats des interventions éducatives, bien que peu concluants quant à la prévalence d'utilisation des contentions physiques, ne révèlent pas nécessairement qu'il n'y a eu aucun changement dans la pratique des infirmières.

Par ailleurs, l'intégration des soins centrés sur la personne à la structure de pratique réflexive a démontré des retombées positives sur la capacité à aller au-delà d'un modèle biopsychosocial pour humaniser les soins (Devenny et Duffy, 2014). De fait, la pratique réflexive qui porte un regard sur l'aspect affectif de l'expérience, notamment les croyances, les valeurs, les attitudes, permet une prise de conscience de celles-ci et de l'impact qu'elles ont dans la pratique (Boud et al., 1985; Cleary et al., 2013; Devenny et Duffy, 2014; Gentile, 2012; Lawrence, 2011). On note donc non seulement une amélioration des connaissances des infirmières, mais également des changements d'attitude et de comportement de leur part, qui peuvent alors résulter en un changement de pratique (Dubé et Ducharme, 2015; Miraglia et Asselin, 2015). À ce propos, Abraham et al. (2022) ont mentionné avoir abordé certaines croyances erronées des infirmières sur les contentions physiques telles que leur inefficacité pour prévenir le risque de chute.

À ce sujet, les résultats secondaires d'Abraham et al. (2019) et de Mohler et al. (2012) indiquent qu'une diminution de l'utilisation des contentions physiques n'accroît pas le nombre de chutes ni de blessures. Ce résultat est non négligeable compte tenu du fait que l'utilisation des contentions physiques est principalement justifiée par la prévention des chutes et des blessures. Les interventions éducatives devraient mettre l'accent sur les mythes entourant l'efficacité des contentions physiques dans la réduction des chutes et des blessures liées aux chutes, car ces croyances ont un impact important sur le processus décisionnel concernant leur utilisation (Abraham et al., 2022; Mohler et al., 2012). En effet, non seulement les connaissances, mais également les attitudes des infirmières démontrent une association significative avec l'utilisation des contentions physiques dans leur pratique (Eskandari et al., 2017). La pratique réflexive représenterait une occasion pour les infirmières de prendre conscience des fausses croyances et de les déconstruire pour éventuellement s'approprier les nouvelles connaissances qui en découlent.

Ce processus réflexif est crucial, car l'utilisation des contentions physiques nécessite une prise de

décision judicieuse et éclairée de la part de l'infirmière, qui joue un rôle majeur dans l'évaluation, la prise de décision, l'application et l'utilisation des contentions physiques (MSSS, 2006). Rappelons que la décision d'utiliser des contentions est une activité réservée de l'infirmière (OIIQ, 2023). On pourrait donc penser qu'un processus réflexif en tant que stratégie d'apprentissage dans une intervention éducative pourrait également se transposer dans la pratique des infirmières et faciliter la prise de décision. Dans le même ordre d'idées, un processus réflexif est nécessaire à la mise en place de mesures alternatives pour éviter le recours aux contentions physiques. En effet, les mesures alternatives doivent être mises en place selon une approche individualisée à la personne, qui vise le maintien de son autonomie et de sa dignité ainsi que le respect de ses valeurs (American Nurses Association [ANA], 2012; Gouvernement du Québec, 2011; Raveesh et al., 2019). Dans les soins à la personne âgée, on préconise la créativité et la souplesse dans la recherche de mesures alternatives face à certains comportements pouvant mener au recours aux contentions (Bourque et Voyer, 2021) notamment les SCPD, les comportements découlant d'un état confusionnel aigu ainsi que le risque de chute et la témérité. Pour ce faire, il est important de porter un intérêt particulier au parcours de vie de la personne âgée afin d'adapter les interventions infirmières selon ses habitudes antérieures, ses centres d'intérêt et ses capacités et ainsi prodiguer des soins centrés sur la personne (Canadian Gerontological Nursing Association, 2020; Gouvernement du Québec, 2011; Soucy, 2006) et respectant les droits de la personne.

Recommandations

Suite à cette synthèse des écrits, nous proposons les recommandations suivantes. Tout d'abord, nous recommandons une intervention éducative avec des composantes multiples intégrant une combinaison de stratégies. Parmi ces stratégies, la pratique réflexive devrait être intégrée. De futures études intégrant la pratique réflexive et évaluant les retombées en milieu clinique sur la pratique individuelle des infirmières, notamment pour intégrer des interventions de soins centrés sur la personne et fondés sur les résultats probants seraient pertinentes (Dubé et Ducharme, 2015; Miraglia et Asselin, 2015). Les mesures alternatives ainsi que les croyances erronées en lien avec l'utilisation des contentions physiques devraient être discutées en cours d'intervention avec les infirmières. Nous recommandons également de présenter une description détaillée de l'intervention à l'étude et d'y inclure une définition précise des contentions. En outre, l'évaluation de la faisabilité de telles interventions devrait être considérée.

Enfin, une éventuelle réduction de l'utilisation des contentions physiques pourrait avoir un impact sur l'utilisation des contentions chimiques. Cet aspect de la pratique, n'étant que peu mis de l'avant dans les études recensées, gagnerait à être exploré.

Conclusion

En conclusion, cette recension souligne l'insuffisance de résultats probants disponibles pour soutenir l'efficacité des interventions éducatives sur l'utilisation des contentions physiques auprès des personnes âgées ainsi que le manque d'informations quant à leur processus de mise en place. Néanmoins, certaines pistes quant aux interventions éducatives à privilégier ont été relevées. Compte tenu du contexte sociodémographique actuel et futur ainsi que des besoins de santé complexes des personnes âgées, il est essentiel que les infirmières possèdent les connaissances et les compétences requises pour prodiguer des soins infirmiers gériatriques de qualité, centrés sur la personne et fondés sur les résultats probants. Il est essentiel d'implanter des interventions éducatives permettant aux infirmières d'améliorer leur pratique clinique par rapport à l'utilisation des contentions physiques auprès des personnes âgées. Les interventions éducatives incluant des approches réflexives et basées sur l'expérience sont davantage à explorer puisqu'elles semblent être favorables aux changements de pratique des infirmières et pourraient diminuer la prévalence d'utilisation des contentions et ainsi améliorer le bien-être de la clientèle âgée.

Références

- Abraham, J., Hirt, J., Kamm, F. et Möhler, R. (2020). Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics. *Journal of Clinical Nursing* 29(17/18), 3183-3200. <https://doi.org/10.1111/jocn.15381>
- Abraham, J., Hirt, J., Richter, C., Köpke, S., Meyer, G. et Möhler, R. (2022). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 8(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012476.pub2>
- Abraham, J., Kupfer, R., Behncke, A., Berger-Höger, B., Icks, A., Haastert, B., Meyer, G., Köpke, S. et Möhler, R. (2019). Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.017>
- Baumbusch, J., Leblanc, M.-E., Shaw, M. et Kjørven, M. (2016). Factors influencing nurses' readiness to care for hospitalised older people. *International Journal of Older People Nursing*, 11(2), 149-159. <https://doi.org/10.1111/opn.12109>
- Bleijlevens, M. H. C., Wagner, L. M., Capezuti, E., Hamers, J. P. H. (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>
- Boud, D., Keogh, R. et Walker, D. (1985). *Reflection: Turning Experience into Learning*. RoutledgeFalmer.
- Bourque, M. et Voyer, P. (2021). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Dans P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (3^e éd., vol. 1, p. 441-469). ERPI.
- Calnan, M., Tadd, W., Calnan, S., Hillman, A., Read, S. et Bayer, A. (2013). 'I often worry about the older person being in that system': exploring the key influences on the provision of dignified care for older people in acute hospitals. *Ageing and Society*, 33(3), 465-485. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000025>
- Canadian Gerontological Nursing Association. (2020). *Gerontological Nursing Competencies and Standards of Practice 2020*. [CGNA-Standards-Competencies-2020.pdf \(wsimg.com\)](https://www.wsimg.com/CGNA-Standards-Competencies-2020.pdf)
- Carmwell, R. et Daly, W. (2001). Strategies for the construction of a critical review of the literature. *Nurse education in practice*, 1(2), 57-63. <https://doi.org/10.1054/nepr.2001.0008>
- Chang, Y. Y., Yu, H. H., Loh ei, W. et Chang, L. Y. (2016). The efficacy of an in-service education program designed to enhance the effectiveness of physical restraints. *Journal of Nursing Research*, 24(1), 79-86. <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000092>
- Cleary, M., Horsfall, J., Happell, B. et Hunt, G. E. (2013). Reflective components in undergraduate mental health nursing curricula: some issues for consideration. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(2), 69-74. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.722171>
- Devenny, B. et Duffy, K. (2014). Person-centred reflective practice. *Nursing Standard*, 28(28), 37-43. <https://doi.org/10.7748/ns2014.03.28.28.37.e8068>
- Dubé, V., Ducharme, F. (2015). Nursing reflective practice: an empirical literature. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(7), 91-99. <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n7p91>

- Dubé, V. et Ducharme, F. (2014). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance hospitalized elderly care. *Journal for Nurses in Professional Development*, 30(1), 34-41. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000028>
- Dubé, V. et Ducharme, F. (2014). Reflective practice among nurses working in a teaching hospital: an action research with promising benefits for professional development. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(8), 9. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n8p9>
- Enns, E., Rhemtulla, R., Ewa, V., Fruetel, K. et Holroyd-Leduc, J. M. (2014). A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults. *Journal of The American Geriatrics Society*, 62(3). <https://doi.org/10.1111/jgs.12710>
- Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z. et Wong, L. P. (2018). The effect of educational intervention on nurses' knowledge, attitude, intention, practice and incidence rate of physical restraint use. *Nurse Education in Practice*, 32, 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007>
- Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z. et Wong, L. P. (2017). Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4479-4488. <https://doi.org/10.1111/jocn.13778>
- Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Gandoy-Crego, M., Polo-Luque, L. M., Gómez-Cantorna, C. et Capezuti, E. A. (2014). Perception of Spanish nursing staff on the use of physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 322-330. <https://doi.org/10.1111/jnu.12087>
- Ferland, J., Larue, C., Francoeur, L. et Bourbonnais, A. (2012). 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. *L'infirmière Clinicienne*, 9(1). <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/wp-content/uploads/2023/01/Ferlandetal2012InfirmiereClinicienneVol9no1pp1-16.pdf>
- Gentile, D. L. (2012). Applying the novice-to-expert model to infusion nursing. *Journal of Infusion Nursing*, 35(2). <https://doi.org/10.1097/NAN.0b013e3182424336>
- Gordon, S. E., Dufour, A. B., Monti, S. M., Mattison, M. L., Catic, A. G., Thomas, C. P. et Lipsitz, L. A. (2016). Impact of a videoconference educational intervention on physical restraint and antipsychotic use in nursing homes: results from the ECHO-AGE pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(6), 553-556. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.002>
- Gouvernement du Québec. (2008). *Aide-mémoire : Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement* (publication no 978-2-550-51908-9). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* (publication no 10-830-03W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* (publication no 02-812-02). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-812-02.pdf>
- Gray, J. R. et Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9^e éd.). Elsevier.
- 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*, 4(3), 50. <https://doi.org/10.3390/geriatrics4030050>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2010). R-AMSTAR - Évaluation de la qualité des revues systématiques. Repéré à [Microsoft Word - Formulaire Amstar grille_eval_21012015.docx \(inesss.qc.ca\)](https://www.inesss.qc.ca/Formulaire_Amstar_grille_eval_21012015.docx)
- Köpke, S., Mühlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R. et Meyer, G. (2012). Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 307(20), 2177-2184. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.4517>
- Kor, P. P., Kwan, R. Y. C., Liu, J. Y. et Lai, C. (2018). Knowledge, practice, and attitude of nursing home staff toward the use of physical restraint: have they changed over time? *Journal of nursing scholarship*, 50(5), 502-512. <https://doi.org/10.1111/jnu.12415>
- Lai, C. K., Chow, S. K., Suen, L. K. et Wong, I. Y. (2011). The effect of a restraint reduction program on physical restraint rates in rehabilitation settings in Hong Kong. *Rehabilitation research and practice*, 2011. <https://doi.org/10.1155/2011/284604>

- Lan, S.-H., Lu, L.-C., Lan, S.-J., Chen, J.-C., Wu, W.-J., Chang, S.-P. et Lin, L.-Y. (2017). Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – Systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 33(8), 411-421. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.05.012>
- Lawrence, L. A. (2011). Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. *Nursing Forum*, 46(4), 256-268. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00237.x>
- 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* (publication n° 06-812, 07-812, 08-812, 09-812). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000790>
- Miraglia, R. et Asselin, M. E. (2015). Reflection as an Educational Strategy in Nursing Professional Development: An Integrative Review. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(2). <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000151>
- Mohler, R. et Meyer, G. (2014). Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 274-288. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.004>
- Mohler, R., Meyer, G., Abraham, J., Kupfer, R. et Kopke, S. (2016). Alternatives for physical restraints: results of systematic reviews for an evidence-based guideline. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 10.
- Mohler, R., Richter, T., Köpke, S. et Meyer, G. (2012). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review. *Journal of Clinical Nursing* 21(21-22), 3070-3081. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04153.x>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2023) *Décider d'installer une contention*. Oiiq.org. <https://www.oiiq.org/decider-d-installer-une-contention>
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. [9789240694842](https://www.who.int/fr/publications-matieres/9789240694842) [fre.pdf;jsessionid=265C13C1AAD0C43965DDE51B7E883168](https://www.who.int/fr/publications-matieres/9789240694842) (who.int)
- Raveesh, B., Gowda, G. et Gowda, M. (2019). Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care. *Indian Journal of Psychiatry*, 61, 693-697. <https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry.10419>
- Reid, B. (1993). "But we're doing it already!" Exploring a response to the concept of reflective practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today*, 13(4), 305-309.
- Roy, O. et Gagnon, R. (2021). La contention physique. Dans P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (3e éd., vol. 1, p. 393-407). ERPI.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. (1ère éd.). Jossey-Bass.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D. et Group, T. C. (2010). CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMC Medicine*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-18>
- Soucy, O. (2006). Module problématique clinique : Errance. Dans : *Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-812-02/06-812-02_part4.pdf
- Testad, I., Mekki, T. E., Forland, O., Oye, C., Tveit, E. M., Jacobsen, F. et Kirkevold, O. (2016). Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)-training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(1), 24-32. <https://doi.org/10.1002/gps.4285>
- The American Nurses Association. (2012, 12 mars). *Reduction of patient restraint and seclusion in health care settings*. Nursing world. https://www.nursingworld.org/~4af287/globalassets/docs/ana/ethics/ps_reduction-of-patient-restraint-and-seclusion-in-health-care-settings.pdf?fbclid=IwAR3nRdh63et3mzqkMU7a_jGZ1W9TLKTYl7tk7BIXG-24CWcqSxXMgau6vBRg
- Thomann, S., Hahn, S., Bauer, S., Richter, D. et Zwakhalen, S. (2021). Variation in restraint use between hospitals: a multilevel analysis of multicentre prevalence measurements in Switzerland and Austria. *BMC Health Services Research*, 21(1), 367. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06362-y>
- Tong, A., Sainsbury, P. et Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

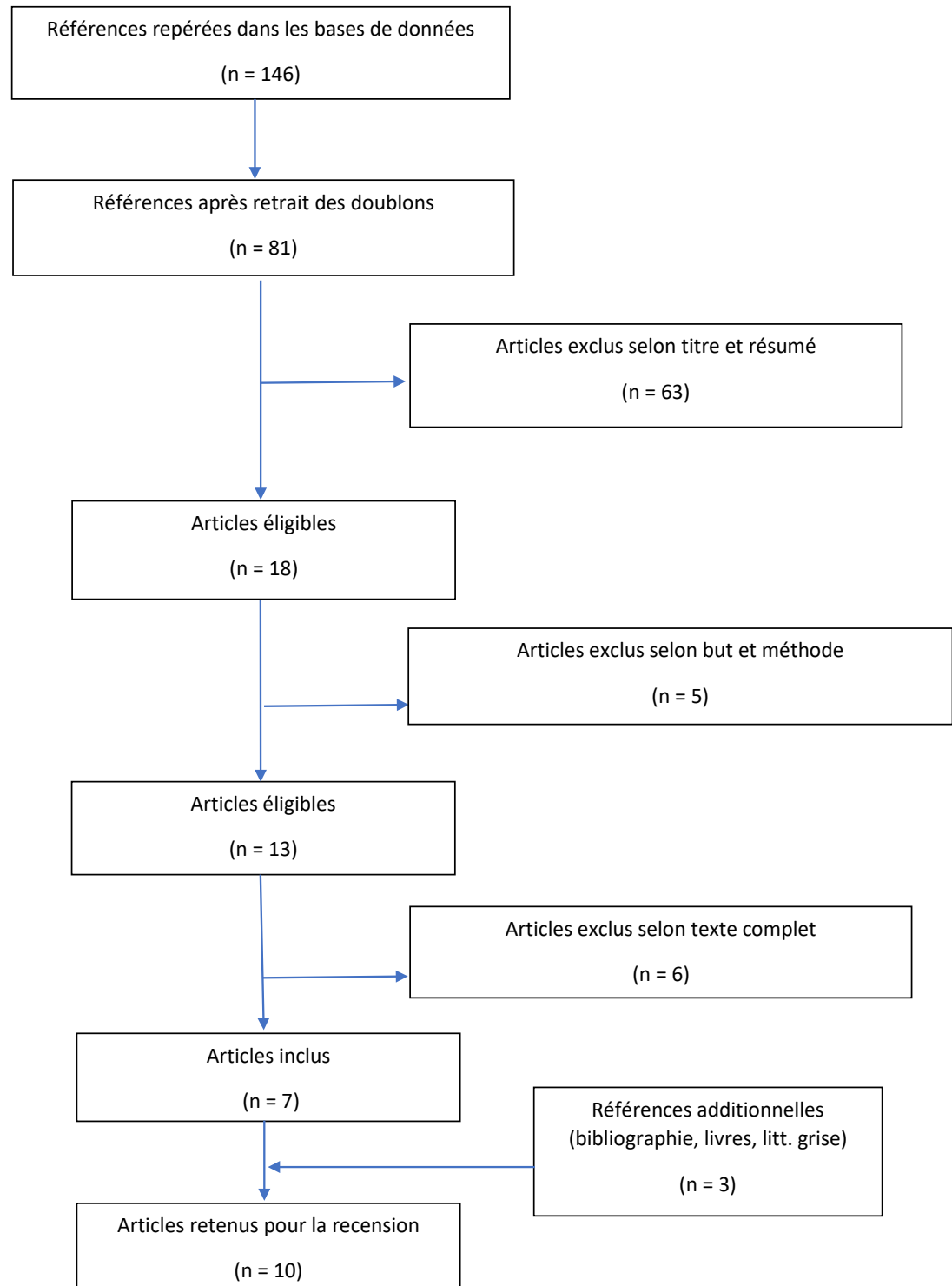
Figure 1*Diagramme de flux des écrits sélectionnés*

Tableau 1*Mots-clés et équations de recherche utilisés***Medline (Ovid) 2022-10-04**

#	Searches	Results
1	exp Education, Nursing/ or Education, Nursing, Continuing/	88210
2	exp Nursing Staff/ed	14661
3	(exp Nurses/ or exp Nursing Staff/ or Nursing/) and (exp Inservice Training/ or Education, Professional/ or Interprofessional Education/ or Education, Continuing/)	7615
4	((nurses or nursing or nurse) adj3 (educat* or train* or teach* or professional develop*)).tw,kf.	55331
5	or/1-4 [nursing education concept]	124810
6	exp Aged/ or "Health Services for the Aged"/ or Geriatric Nursing/ or exp Geriatrics/	3440804
7	(senior* or elder* or geriatr* or gerontol* or ((old or aged) adj2 (people or person* or patient*))).tw,kf.	588406
8	6 or 7 [geriatric population concept]	3690424
9	Restraint, Physical/	12522
10	((physical or mechanic*) adj3 (restrain* or immobil*)).tw,kf.	3566
11	9 or 10 [physical restraint concept]	14632
12	5 and 8 and 11 [nursing education regarding the physical constraint of elderly patients]	114
13	limit 12 to yr="2012 -Current"	29
14	limit 13 to (english or french)	29
15	(debrief* or de-brief* or (reflect* adj3 (practic* or diary or diaries or journal* or thinking or cycle)) or (question adj3 (practic* or habit*))).tw,kf. [reflective practice concept]	15516
16	11 and 15 [restraints & reflective practice]	46
17	limit 16 to yr="2012 -Current"	34
18	limit 17 to (english or french)	33

APA PsycInfo (Ovid) 2022-09-27

#	Searches	Results
1	Nursing Education/	7024
2	(exp Nurses/ or Nursing/) and (exp Continuing Education/ or Personnel Training/ or exp Professional Development/)	4259
3	((nurses or nursing or nurse) adj3 (educat* or train* or teach* or professional develop*)).tw,id.	13994
4	1 or 2 or 3 [nursing education]	19276
5	Elder Care/ or Older Adulthood/ or Geriatric Patient/ or exp Geriatrics/ or Gerontology/	51276
6	(senior* or elder* or geriatr* or gerontol* or ((old or aged) adj2 (people or person* or patient*))).tw,id.	164115
7	5 or 6 [geriatric population]	183597
8	Physical Restraint/	2295
9	((physical or mechanic*) adj3 (restrain* or immobil*)).tw,id.	1759
10	8 or 9 [physical restraint concept]	3224
11	4 and 7 and 10 [nursing education regarding the physical restraint of elderly patients]	17
12	limit 11 to yr="2012 -Current"	7
13	limit 12 to (english or french)	7

14	(debrief* or de-brief* or (reflect* adj3 (practic* or diary or diaries or journal* or thinking or cycle)) or (question adj3 (practic* or habit*))).ti.	2175
15	10 and 14 [restraints & reflective practice]	3
16	limit 15 to yr="2012 -Current"	2
17	limit 16 to (english or french)	1

ERIC (IES) 2022-09-28

#	Search	Results
1	("physical restraint" OR "mechanical restraint") AND (training OR educat* OR professional develop*) AND (nurse or nurses or nursing)	4
1a	2012-2022	0
2	("physical restraint" OR "mechanical restraint") AND (descriptor:"Nursing Education" OR descriptor:"Nurses" OR descriptor:"Nursing")	15
2b	2012-2022	0
3	("physical restraint" OR "mechanical restraint") AND (descriptor:"Older Adults" OR descriptor:"Geriatrics" OR descriptor:"Gerontology")	9
3c	2012-2022	0

CINAHL (EBSCOhost) 2022-09-28

#	Query	Results
S16	s11 and s14 Limiters - Published Date: 20120101-20221231; Language: English, French	6
S15	(S11 AND S14)	11
S14	TI (debrief* or de-brief* or (reflect* N3 (practic* or diary or diaries or journal* or thinking or cycle)) or (question N3 (practic* or habit*)))	3,719
S13	s5 and s8 and s11 Limiters - Published Date: 20120101-20221231; Language: English, French	24
S12	s5 and s8 and s11	31
S11	s9 or s10	4,730
S10	TI ((physical or mechanic*) N3 (restrain* or immobil*)) or ab ((physical or mechanic*) N3 (restrain* or immobil*))	715
S9	(MH "Restraint, Physical")	4,647
S8	s6 or s7	944,385
S7	(MH "Aged+") or (MH "GTI (senior* or elder* or geriatr* or gerontol* or ((old or aged) N2 (people or person* or patient*))) or AB (senior* or elder* or geriatr* or gerontol* or ((old or aged) N2 (people or person* or patient*)))erontologic Nursing+") or (MH "Health Services for Older Persons") or (MH "Geriatrics")	937,365
S6	(MH "Aged+") or (MH "Gerontologic Nursing+") or (MH "Health Services for Older Persons") or (MH "Geriatrics")	944,385
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	112,310
S4	TI ((nurses or nursing or nurse) N3 (educat* or train* or teach* or professional develop*))	28,189
S3	((MH "Nursing Staff, Hospital+") or (MH "Nurses+")) and ((MH "Education") or (MH "Staff Development+"))	7,410
S2	(MH "Nurses+/ED") or (MH "Nursing Staff, Hospital+/ED")	12,420
S1	(MH "Education, Nursing+")	87,534

Web of Science (Clarivate) 2022-09-28

Search	Results
1: TS=((nurses or nursing or nurse) NEAR/3 (educat* or train* or teach* or (professional NEAR/0 develop*)))	Results: 41978
2: TS=(senior* or elder* or geriatr* or gerontol* or ((old or aged) NEAR/2 (people or person* or patient*)))	Results: 976128
3: TS=((physical or mechanic*) NEAR/3 (restrain* or immobil*))	Results: 5006
4: #3 AND #2 AND #1	Results: 40
5: TS=(debrief* or de-brief* or (reflect* NEAR/3 (practic* or diary or diaries or journal* or thinking or cycle)) or (question NEAR/3 (practic* or habit*)))	Results: 48961
6: #5 AND #3	Results: 30
11: #3 AND #2 AND #1 and 2012 or 2013 or 2014 or 2022 or 2021 or 2020 or 2019 or 2018 or 2017 or 2015 (Publication Years)	Results: 24
12: #5 AND #3 and 2012 or 2013 or 2015 or 2016 or 2017 or 2019 or 2020 or 2021 or 2022 or 2018 (Publication Years)	Results: 23
13: #5 AND #3 and 2012 or 2013 or 2015 or 2016 or 2017 or 2019 or 2020 or 2021 or 2022 or 2018 (Publication Years) and English or French (Languages)	Results: 22

Tableau 2 (en annexe)

Tableau synthèse des écrits recensés - Interventions éducatives visant la réduction des contentions physiques auprès des personnes âgées

Auteurs (année) Pays	Devis, but de l'étude et cadre de référence	Description de l'intervention	Méthode	Résultats
Abraham et al. 2022 Allemagne	<p><u>Devis</u> : Revue systématique d'essais cliniques contrôlés</p> <p><u>But</u> : 1. Évaluer les meilleures données probantes sur les effets et la sécurité des interventions visant à prévenir et à réduire le recours aux contentions physiques chez les personnes âgées dans les hôpitaux.</p> <p>2. Décrire le contenu, les composantes et les processus de ces interventions.</p> <p><u>Cadre de référence</u> : Non spécifié</p>	<p><u>Composantes</u> : Interventions éducatives + composantes supplémentaires (développement de leaders d'opinion, comité de réduction des contentions physiques, consultation par une infirmière spécialisée, qualification d'agents de changement).</p> <p><u>Contenu</u> : comparable pour les 3 études.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lignes directrices et données probantes sur les interventions éducatives existantes, - Consultation d'experts en soins infirmiers pour juger de la validité du contenu - Thèmes : Définition des contentions physiques, croyances erronées, alternatives, attitudes, croyances et comportement du personnel, risque de chutes <p><u>Durée, nombre et fréquence des séances</u> : Variable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séances 15/20 min + rondes hebdomadaires - 12 sessions d'une heure ou 4 séances de 90 minutes - Durée totale de 4 à 6 mois - Suivi couvrait la période d'hospitalisation des patients dans une étude (durée moyenne = 21 jours), 4 à 11 mois dans les autres études <p>Groupe contrôle: soins usuels ou interventions de contrôle non admissibles comme interventions expérimentales.</p>	<p><u>Échantillon</u> : 4 études (2 essais contrôlés randomisés et 2 essais cliniques contrôlés) provenant de 6 bases de données et de 3 registres d'essais cliniques ayant étudié les effets des interventions visant à prévenir ou à réduire l'utilisation des contentions physiques dans les hôpitaux.</p> <p>Études avec participants d'au moins 65 ans en moyenne. Départements d'urgence, de soins intensifs et psychiatriques exclus.</p> <p><u>Méthode</u> : Sélection des articles, extraction des données et évaluation des risques de biais de toutes les études incluses par 2 auteurs indépendants (biais de sélection, biais de performance, biais d'attrition, biais de détection et autres) à l'aide des méthodes du Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions</p> <p>Pas de méta-analyse possible étant donné insuffisance de données, donc résultats rapportés de manière narrative avec la méthode GRADE</p>	<p><u>Résultats primaires</u> : Les 3 études comprenant une intervention éducative présentaient un risque élevé de biais de sélection et le risque de biais de détection n'était pas clair dans toutes les études.</p> <p>Les résultats des 3 études étaient incohérents quant à la prévalence de l'utilisation des contentions physiques;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation au cours de la période d'intervention dans le groupe expérimental et le groupe contrôle de (n = 1) - Légère diminution dans le groupe expérimental et le groupe contrôle. Intervention éducative jugée comme positive et encourageante, mais presque aucun changement dans les connaissances et les attitudes autodéclarées des infirmières à l'égard de l'utilisation des contentions physiques (n = 1) - Diminution au cours de la période d'intervention dans les deux groupes, mais aucune information disponible pour les différents sites d'étude. Résultats très incertains (n = 1) <p><u>Résultats secondaires</u> : Aucun changement a/n du nombre de chutes ou de blessures liées aux chutes, de l'utilisation de médicaments psychotropes, des capacités fonctionnelles ni de la mobilité.</p>

Auteurs (année) Pays	Devis, but de l'étude et cadre de référence	Description de l'intervention	Méthode	Résultats
Lan et al. (2017) Taiwan	<p><u>Devis</u> : Revue systématique avec méta-analyse et méta-régression</p> <p><u>But</u> : Vérifier l'efficacité des interventions éducatives ou de consultation sur la réduction de l'utilisation des contentions physiques dans les milieux de soins de longue durée.</p> <p><u>Cadre de référence</u> : Non spécifié</p>	<p><u>Composantes</u> : Descriptions brèves des composantes des interventions (consultation, conseils, éducation, programme éducatif)</p> <p><u>Durée, nombre et fréquence des séances</u> : variable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée totale de 2 – 24 mois avec absence de suivi ou suivi après 1 à 8 mois - Séances de 3h à 28h/semaine - Séminaires de 3h à 2 jours suivis de séances de 1h/mois - Séance de 1h30 + 1 jour d'atelier 	<p><u>Échantillon</u> : 16 études publiées entre 1995 et janvier 2017, provenant de 8 bases de données et répondant aux critères d'inclusion suivants : L'étude est un essai contrôlé randomisé; Les participants étaient des adultes ou personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée ; Les interventions portaient sur les contentions physiques ; Résultats = taux d'utilisation des contentions physiques en lien avec les interventions éducatives ; Articles en anglais</p> <p>Interventions éducatives (n = 7) et consultations pour le personnel (n = 3)</p> <p><u>Méthode</u> : Évaluation méthodologique rigoureuse des articles scientifiques selon les lignes directrices du Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) et analyses quantitatives (méta-analyses et méta-régression).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Méta-analyse révèle que l'utilisation des contentions physiques était significativement moins fréquente dans le groupe expérimental ($p < 0,001$) par rapport au groupe contrôle. - Méta-régression révèle que la période post-éducation aurait diminué l'effet de l'intervention éducative ($p = 0,002$) - Méta-régression révèle que les interventions éducatives plus fréquentes et de plus longue durée auraient plus d'impact sur la réduction de l'utilisation des contentions physiques ($p < 0,001$). - Ne prend pas en compte des différences avec groupes contrôles; étude de Testad et al. (2016) révèle une diminution des contentions physiques dans le groupe contrôle qui serait même supérieure à celle du groupe expérimental, bien que le groupe contrôle ait reçu des soins usuels.
Mohler et al. (2012) Allemagne	<p><u>Devis</u> : Revue systématique d'essais contrôlés randomisés</p> <p><u>But</u> : Évaluer l'efficacité des interventions visant à prévenir et à réduire l'utilisation de contention physique chez les personnes âgées nécessitant des</p>	<p><u>Composantes</u> : Intervention éducative unique ou incluant également de la consultation ou du counseling. Koczy et al. (2011): formation pour les infirmières en tant qu'agents de changement + soutien téléphonique ou en personne + matériel (protecteurs de hanche et tapis de détection)</p>	<p><u>Échantillon</u> : 6 essais contrôlés randomisés provenant de 6 bases de données et répondant aux critères d'inclusion suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Type d'études : essais contrôlés randomisés sans restriction de date de publication ou de langue. - Type de participants : personnes âgées nécessitant des soins infirmiers de longue durée. 	<p><u>Résultats primaires</u> : Utilisation des contentions physiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation statistiquement significative dans le groupe expérimental et le groupe contrôle selon la seule étude de bonne qualité méthodologique (n = 1) - Réduction de l'utilisation des contentions physiques dans le groupe expérimental. Certaines études ne mentionnent pas si c'est statistiquement significatif, faible qualité méthodologique, à haut risque de biais (n = 4)

Auteurs (année) Pays	Devis, but de l'étude et cadre de référence	Description de l'intervention	Méthode	Résultats
	<p>soins infirmiers de longue durée.</p> <p><u>Cadre de référence</u> : Non spécifié</p>	<p><u>Contenu</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), agressivité, comportements difficiles - Stratégies d'analyse et gestion de l'agressivité/comportements difficiles - Informations sur la législation, événements indésirables, expériences et utilisation judicieuse des contentions physiques - Processus décisionnels et alternatives à l'utilisation des contentions physiques - Chutes et prévention des chutes <p><u>Durée, nombre et fréquence des séances</u> : variable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée totale 1 jour à 6 mois - 30/45 min à 1 jour par séance - 1 à 10 séances <p>Certaines études ne mentionnent pas le nombre d'heures exact, ni le contenu des interventions. Groupe contrôle: soins usuels, pas de description de ces soins usuels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Type d'interventions : évalue un programme de réduction des contentions physiques - Type de résultats : prévalence des contentions physiques (primaires), types de contentions physiques, durée d'utilisation, prescription de psychotropes, qualité de vie des patients et des soignants, effets indésirables des interventions, durée de l'effet des interventions, blessures et décès pendant période d'étude (secondaires). <p><u>Méthode</u> : Méthodes du Manuel Cochrane des revues systématiques d'interventions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun changement dans le groupe expérimental, mais augmentation statistiquement significative dans le groupe contrôle, différence entre les groupes statistiquement significative ($p = 0.001$) ($n = 1$) <p><u>Résultats secondaires principaux</u> : Durée d'utilisation des contentions physiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation significative dans le groupe expérimental et le groupe contrôle ($p = 0.001$ pour les deux groupes) ($n = 1$). - Durée d'utilisation des contentions physiques moindres dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle ($n = 1$). - Pas d'augmentation des chutes ou des blessures liées aux chutes ($n = 3$). <p>Études avec résultats sur les médicaments psychotropes : pas d'augmentation de leur utilisation dans les groupes expérimentaux par rapport aux groupes contrôles ($n = 4$)</p>
Abraham et al. (2020) Allemagne	<p><u>Devis</u> : Revue de la portée</p> <p><u>But</u> : Décrire les caractéristiques et les effets des interventions visant à réduire les contentions physiques en milieu hospitalier.</p> <p><u>Cadre de référence</u> : Cadre méthodologique</p>	<p><u>Composantes</u> : 4 études sur interventions éducatives uniques, les autres incluent formation + autres composantes, par exemple : informations pour familles ou médecins ($n = 4$), changement de politique ou réglementation ($n = 5$), consultation ($n = 7$), soutien administratif ($n = 3$), adaptation de documentation ($n = 2$)... Principalement pour les infirmières, certaines incluent d'autres</p>	<p><u>Échantillon</u> : 31 études provenant de 3 bases de données publiées entre 1989 et 2018 portant sur des interventions visant à réduire les contentions physiques dans les hôpitaux, dont deux études incluant uniquement des patients âgés de 65 ans et + (Enns et al., 2014 ; Lever et al., 1995).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 projets d'amélioration de la qualité - 16 études d'intervention. 	<p><u>Résultats primaires</u> : Parmi les études sur les interventions éducatives à composantes multiples ou uniques ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'utilisation des contentions physiques ($n = 27$) - Aucune donnée de prévalence rapportée, mais augmentation statistiquement significative dans le groupe contrôle et aucune différence dans le groupe expérimental ($n = 1$) (Lai et al., 2011) - Aucune réduction de l'utilisation des contentions physiques ($n = 3$)

Auteurs (année) Pays	Devis, but de l'étude et cadre de référence	Description de l'intervention	Méthode	Résultats
	d'Arksey et O'Malley (2005)	<p>professionnels. Dans certaines études, le groupe ciblé par la formation n'est pas décrit (n = 13).</p> <p><u>Contenu</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alternatives aux contentions physiques (n = 21) - Application sécuritaire des contentions physiques (n = 12) - Informations sur les contentions physiques (manque d'efficacité, effets indésirables) (n = 10) - Gestion des comportements difficiles et stratégies de désescalade (n = 9) - Aspects juridiques et éthiques (n = 6) - Stratégies de prévention des chutes (n = 5) - Discussions sur des études de cas (n = 5) - Outils d'aide à la décision ou algorithmes pour prévenir utilisation des contentions physiques (n = 3) 	<p>- 5 études avec devis contrôlé,</p> <p><u>Méthode</u> : Les étapes du cadre de référence choisi et l'outil PRISMA for Scoping Reviews ont été utilisés pour la revue de la littérature. Pas d'évaluation critique de la qualité méthodologique des études étant donné qu'on veut un aperçu des études sans tenir compte de l'efficacité des interventions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'utilisation des contentions physiques (n = 1). (Étude pré-post, composante unique pour plusieurs professionnels (Beaulieu et al., 2008). - Nombreuses études rapportent insuffisamment d'informations quant aux prévalences et aux changements dans les taux d'utilisation des contentions physiques - Stratégies réflexives dans l'étude de Lai et al. (2011). <p><u>Résultats secondaires</u> : Majorité des études ont révélé que les interventions à plusieurs composantes réduisent l'utilisation des contentions physiques sans augmenter les événements indésirables (chutes, blessures liées aux chutes, prescriptions de médicaments psychotropes, interruptions de traitement).</p>
Ferland et al. (2012) Canada	<p><u>Devis</u> : Recension des écrits</p> <p><u>But</u> : Présenter une proposition d'intervention sur l'utilisation de la pratique réflexive, sous forme de retour post-événement, à la suite de l'installation non planifiée d'une contention mécanique chez la personne âgée en CHSLD comme intervention favorisant</p>	<p><u>Intervention</u> : utilisation de la pratique réflexive sous forme de retour post événement pour une utilisation de dernier recours des contentions physiques</p> <p>Pratique réflexive nécessite de s'adapter à la réalité des CHSLD (grand roulement de personnel, peut être difficile d'assurer la présence du personnel impliqué dans l'évènement à analyser)</p> <p><u>Recommandations</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baser sur un programme existant (MSSS, 2006) 	<p><u>Échantillon</u> :</p> <p>46 articles</p> <p><u>Méthode</u> :</p> <p>3 bases de données consultées, recherche faite pour la période de 2005 à 2010</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Survenue d'un problème clinique, professionnel doit trouver une solution. Réflexion dans l'action: dans l'immédiat, prend une décision sur l'intervention appropriée à la situation et l'applique. 2. Peu de temps après, réflexion sur l'action: analyse de l'évènement avec les collègues, questionner les réactions et le raisonnement clinique. <ul style="list-style-type: none"> - Expertise et le vécu des collègues mises à profit dans l'analyse, intégration des nouvelles connaissances permet l'adoption de nouvelles façons de faire dans la pratique quotidienne. - Discussion inclut patient et familles et porte sur les éléments déclencheurs, les mesures

Auteurs (année) Pays	Devis, but de l'étude et cadre de référence	Description de l'intervention	Méthode	Résultats
	l'utilisation de la contention en dernier recours seulement. <u>Cadre de référence</u> : non spécifié	<ul style="list-style-type: none"> - Retour post événement en équipe pour analyse de l'utilisation des contentions physiques chez la personne âgée pour s'assurer que l'utilisation se fasse en dernier recours seulement lors d'un événement ultérieur. - Débriefing = réflexion sur l'action Débriefing devrait être encadré par outil d'analyse.		alternatives tentées et les stratégies à adopter pour améliorer la qualité des soins ou éviter l'utilisation des contentions physiques lors d'un événement ultérieur - Réflexion dans l'action : professionnels travaillent ensemble selon un cycle d'observation, de réflexion, de planification et d'action. Processus recommandé par certains auteurs pour le développement professionnel continu et l'apprentissage basé sur la pratique.
Abraham et al. (2019) Allemagne	<u>Devis</u> : Essai contrôlé randomisé <u>But</u> : Évaluer l'efficacité de deux versions d'une intervention multi composante basée sur des lignes directrices et de la théorie pour réduire les contentions physiques dans les CHSLD. <u>Cadre de référence</u> : UK Medical Research Council's guidance for the development and evaluation of complex interventions	Consensus d'une équipe multidisciplinaire et 3 experts pour mise à jour d'un guide de pratique basé sur données probantes pour éviter le recours aux contentions physiques + version concise du guide. Groupe expérimental 1 et 2 : Remise de documents (lignes directrices, brochures d'information) et matériel de soutien Formation intensive pour des infirmières désignées; - atelier de formation d'une journée - counseling d'une demi-journée basé sur guide de pratique mis à jour - 3 mois d'accompagnement (1x/mois). Groupe expérimental 1: Version antérieure du guide de pratique + 1 séance d'information de 90 min sur réduction des contentions physiques (manque d'efficacité, risques et alternatives) pour toutes les infirmières Groupe expérimental 2: Version concise du guide mis à jour remis à toutes les infirmières + module de	<u>Échantillon</u> : 12,245 résidents (x = 83.2 ans) provenant de 120 CHSLD <u>Collecte de données</u> : - Utilisation des contentions physiques: observation directe 2x/jour aux moments T0 (avant la randomisation), T1 (après 6 mois) et T2 (après 12 mois) par évaluateurs externes - Qualité de vie : évaluée par infirmières en contact direct avec les résidents (T0, T2) avec l'instrument validé Quality of Life-Alzheimer's Disease dans 2 sous-échantillons indépendants choisis au hasard (10% de n total). - Chutes et fractures liées aux chutes : dossiers des résidents - <u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (régression linéaire) effectuées à T2 + correction de Bonferroni	<u>Résultats primaires</u> : Prévalence des contentions physiques après 12 mois. Prévalence des contentions physiques a diminué de manière statistiquement significative dans les deux groupes expérimentaux. Groupe expérimental 1 : -2,8% (p = 0.042) Groupe expérimental 2 : -3,9% (p = 0.009) Mais les différences entre les groupes expérimentaux et le groupe contrôle ne sont pas statistiquement significatives Groupe expérimental 1 et groupe contrôle : - 2,0 % (p = 0.25) Groupe expérimental 2 et groupe contrôle : - 2,5 % (p = 0.14). Donc résultats ne sont pas concluants <u>Résultats secondaires</u> : Qualité de vie des résidents, chutes et fractures liées aux chutes. - Pas de différence statistiquement significative <u>Limites</u> : Manque d'efficacité pourrait s'expliquer par la prévalence de base des contentions physiques inférieure à 20 % dans tous les groupes (difficile de réduire les contentions

Auteurs (année) Pays	Devis, but de l'étude et cadre de référence	Description de l'intervention	Méthode	Résultats
		<p>formation pour inf. désignées pour pouvoir offrir séance d'information de 90 min aux autres infirmières</p> <p>Groupe contrôle: Documents d'information</p>		<p>physiques dans un échantillon à faible prévalence).</p> <p>Grand échantillon, mais grande variabilité de prévalence des contentions physiques entre les différents groupes.</p> <p>Peu d'information sur le contenu de l'intervention (mis à part les lignes directrices)</p>
Testad et al. (2016) Norvège	<p><u>Devis</u> : Essai contrôlé randomisé</p> <p><u>But</u> : Évaluer l'efficacité d'une intervention éducative sur la réduction de l'utilisation de la contention physique, entre autres, chez les résidents de milieux de soins de longue durée atteints de démence.</p>	<p><u>Composantes</u> : formation et coaching, distribution de matériel, désignation de facilitateurs dans le milieu et formation supplémentaire (première phase) puis séminaire pour tous les soignants (deuxième phase)</p> <p><u>Contenu</u> : gestion des SCPD, manière de combler les besoins de bases, mesures alternatives aux contentions</p> <p><u>Durée, nombre et fréquence des séances</u> :</p> <p>Séminaire de 2 jours (16 heures) suivi de groupes de discussion mensuels d'une heure sur 6 mois.</p>	<p><u>Échantillon</u> : 24 milieux de soins de longue durée (274 résidents) dont 118 dans le groupe expérimental et 156 dans le groupe contrôle</p> <p><u>Collecte de données</u> : entrevue structurée comprenant 14 questions pour déterminer l'utilisation des contentions physiques au début de l'intervention et 7 mois post-intervention</p> <p><u>Analyse des données</u> : Des régressions logistiques ont été effectuées pour détecter les différences entre les groupes</p>	<p>Réduction statistiquement significative de l'utilisation de la contention physique pendant la période d'intervention dans le groupe expérimental et le groupe contrôle.</p>
Gordon et al. (2016) États-Unis	<p><u>Devis</u> : Étude pilote quasi-expérimentale</p> <p><u>But</u> : Déterminer l'impact de l'intervention ECHO-AGE sur le recours aux contentions physiques et chimiques auprès des résidents de CHSLD atteints de TNCM.</p>	<p><u>Composantes</u> : Rencontres virtuelles avec discussions et études de cas + brèves séances didactiques avec des experts cliniques d'un centre médical universitaire</p> <p><u>Contenu</u> : Intervention basée sur le Projet ECHO-AGE développé dans une précédente étude qui est un programme de consultation visant à améliorer l'expertise gériatrique pour</p>	<p><u>Échantillon</u> : 11 CHSLD dans le groupe expérimental jumelés à 22 CHSLD similaires (Groupe contrôle).</p> <p><u>Collecte de données</u> : Données collectées à l'aide du Minimal Data Set (MDS), un instrument d'évaluation clinique. Les données du MDS ont été téléchargées pour la période de 18 mois de l'intervention et les 4 trimestres précédents. Aussi, données du recensement des résidents</p>	<p><u>Résultats primaires pertinents</u> : % de résidents avec contentions physiques</p> <p>Résidents des CHSLD du groupe expérimental étaient 75 % moins susceptibles d'être mis sous contentions physiques par rapport aux résidents des CHSLD du CG pendant la période d'intervention (OR = 0,25, P = 0,05).</p> <p>Diminution du nombre de résidents avec contentions physiques plus importante au cours du premier trimestre suivant le début de l'intervention : diminution de 67,3 % (moyenne de</p>

Auteurs (année) Pays	Devis, but de l'étude et cadre de référence	Description de l'intervention	Méthode	Résultats
	<p><u>Cadre de référence</u> : Non spécifié</p>	<p>améliorer les soins auprès des patients atteints de TNCM.</p> <p>Discussion sur 3-4 résidents atteints de TNCM et présentant des SCPD à chaque séance. Prise en charge des TNCM et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont abordés.</p> <p><u>Durée, nombre et fréquence des séances</u> : Séances de 120 minutes à une fréquence de 2x/ semaine sur une durée totale de 18 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe contrôle : soins usuels 	<p>obtenues auprès du Center for Innovation in Quality de l'Université Brown</p> <p>Moyennes et écarts-types des paramètres de qualité calculés au départ et à chacun des 6 trimestres de suivi.</p> <p><u>Analyse des données</u> : Test t de Student pour les différences entre les groupes expérimentaux et le groupe contrôle.</p> <p>Analyses de régression logistique pour examiner la relation entre l'intervention et des paramètres de qualité des soins, incluant le recours aux contentions physiques</p>	<p>1,1 % à 0,4 %) dans le groupe expérimental versus augmentation de 11,5 % dans le groupe contrôle (moyenne de 1,6 % à 1,8 %) (OR = 0,58, P = 0,07).</p> <p>Diminution dans le groupe expérimental s'est maintenue pendant le reste de la période de l'intervention</p> <p><u>Résultats secondaires</u> : 9 autres paramètres de qualité des soins (infections urinaires, chutes, plaies de pression, douleur, dépression...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de différences statistiquement significatives entre le groupe expérimental et le groupe contrôle à l'exception des infections des voies urinaires, pour lesquelles les résidents des CHSLD du groupe expérimental étaient 23 % moins susceptibles de souffrir d'une infection des voies urinaires durant la période d'intervention (OR = 0,77, P = 0,01).
Lai et al. (2011) Chine	<p><u>Devis</u> : Essai clinique quasi-expérimental</p> <p><u>But</u> : Étudier l'effet d'un programme de réduction des contentions physiques sur leur prévalence dans les hôpitaux</p>	<p><u>Composantes</u> : Programme avec deux volets ; la formation du personnel et la mise en place d'un comité de réduction de la contention.</p> <p><u>Contenu</u> : mythes et fausses croyances sur l'utilisation de la contention, définition de la contention et raisons d'utilisation, chutes et prévention des chutes des patients, alternatives abordées via discussions, exercices de simulation et études de cas pour rendre le contenu plus pertinent par rapport à la pratique clinique.</p>	<p><u>Échantillon</u> : Deux hôpitaux de réadaptation avec des patients âgés. L'un dans le groupe expérimental et l'autre dans le groupe contrôle. Unités de psychiatrie exclues.</p> <p><u>Collecte de données</u> : Observation de base mensuelle pendant 5 mois dans les deux centres pré-intervention. Collecte des données durant 4 mois post-intervention dans un premier temps puis 5 mois post-intervention.</p> <p><u>Analyse des données</u> : Différence des taux de prévalence calculés pré et post-intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'augmentation de la prévalence des contentions physiques était 4,3 fois supérieure dans le groupe contrôle par rapport au groupe expérimental. - Des changements dans l'utilisation des contentions de façon continue à intermittente pré et post-intervention dans les deux groupes - Aucun effet sur la réduction de la contention physique

Auteurs (année) Pays	Devis, but de l'étude et cadre de référence	Description de l'intervention	Méthode	Résultats
		<p><u>Durée, nombre et fréquence des séances :</u> 12 séances d'une heure sur une période de deux mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe expérimental : programme de réduction des contentions - Groupe contrôle : soins usuels 		
Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2006) Canada	<p><u>Devis</u> : s.o.</p> <p><u>But</u> : Programme de formation visant à réduire le recours aux contentions physiques et à l'isolement</p>	<p><u>Composantes</u> : Programme de formation avec multiples composantes (théorie, exercices, réflexion)</p> <p><u>Contenu</u> : entre autres, définition de la contention, prévalence, raisons d'utilisation, mythes et fausses croyances sur l'utilisation de la contention, prévention des chutes, gestion des symptômes comportementaux et physiques de la démence, mesures alternatives.</p> <p><u>Durée, nombre et fréquence des séances :</u> Une journée de 7 heures</p>	<p><u>Échantillon</u> : s.o.</p> <p><u>Méthode</u> : s.o.</p>	Trois ans après le déploiement de ce programme, la prévalence de la contention physique au sein d'un hôpital québécois est passée de 3,5 % à 1,8 % (excluant les ridelles de lit) (Roy et Gagnon, 2021).