

Évaluation d'une intervention de pratique réflexive sur les contentions physiques appliquées aux personnes âgées hospitalisées : une étude pilote

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

^a Chargée de cours, 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

Problématique. Le recours aux contentions physiques sur des personnes âgées hospitalisées demeure problématique malgré l'abondance d'études appelant à leur réduction pour la sécurité et la dignité des patients. Bien que diverses interventions éducatives aient été tentées pour en réduire l'utilisation, leur efficacité pour modifier la pratique des infirmières demeure limitée. **But.** Évaluer l'acceptabilité, la faisabilité et les retombées d'une intervention de pratique réflexive portant sur l'utilisation des contentions physiques. **Méthode.** Une étude pilote à devis mixte s'appuyant sur le cadre de référence de Devenny et Duffy (2014) a été réalisée au moyen de cinq séances de pratique réflexive. Les données collectées à l'aide de questionnaires ont été analysées par des tests de Student, alors que les journaux réflexifs des participants, le journal de bord de l'animatrice, et le verbatim des groupes de discussion focalisée ont été analysés selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016). **Résultats.** L'intervention de pratique réflexive est faisable et acceptable auprès des infirmières en plus d'améliorer leurs connaissances et de favoriser leur réflexion sur leurs attitudes et leur pratique d'utilisation des contentions physiques chez des aînés hospitalisés. **Discussion.** Cette intervention de pratique réflexive s'est avérée un moyen de développement professionnel apprécié des infirmières, permettant d'optimiser leur pratique professionnelle au regard de la contention. **Retombées.** Des interventions éducatives de type pratique réflexive semblent de plus en plus pertinentes afin de soutenir le développement professionnel des infirmières et l'amélioration de leur pratique clinique.

Mots-clés : infirmières, développement professionnel, pratique réflexive, contentions physiques, personnes âgées hospitalisées.

Evaluation of a reflective practice intervention on physical restraints among hospitalized older adults: a pilot study

Introduction: The use of physical restraints on hospitalized older adults remains problematic despite the abundance of scientific studies calling for their reduction for the safety and dignity of patients. Although various educational interventions have been put in place to try to reduce their use, their effectiveness in changing nurses' practice remains limited. **Aim:** To evaluate the acceptability, feasibility, and impact of a reflective practice intervention on the use of physical restraints. **Method:** A mixed design pilot study based on the framework of Devenny and Duffy (2014) was carried out using five reflective practice sessions. The data collected by questionnaires were analyzed by Student's tests, while the participants' reflective journals, the facilitator's logbook, and the verbatim of the focus groups were analyzed according to Paillé and Mucchielli (2016) method. **Results:** The reflective practice intervention is both feasible and acceptable for nurses. Moreover, it enhances their knowledge and promotes reflection on their attitudes and practices concerning the use of physical restraints in hospitalized older adults. **Discussion:** This reflective practice intervention proved to be a valued means of professional development, enabling nurses to optimize their clinical practice regarding the use of restraints. **Implications:** Reflective practice educational interventions seem increasingly relevant to support nurses' professional development and the improvement of their clinical practices.

Keywords: physical restraints, elderly, nurses, professional development

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mme Sabrina Bouheraoua : sabrina.bouheraoua@umontreal.ca

En 2050, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus atteindra 25 % au Canada (Statistique Canada, 2024) et un grand nombre constituera la clientèle des centres hospitaliers. Certains comportements découlant de problèmes de santé des personnes âgées hospitalisées poussent les infirmières à opter pour des interventions comme l'utilisation des contentions, pourtant reconnues nuisibles (Gunawardena et Smithard, 2019; Voyer, 2021). 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). Cette définition, découlant d'un consensus international, est très similaire à celle établie au Québec. Bien que cette définition réfère autant aux contentions physiques que chimiques, la présente étude porte uniquement sur les contentions physiques.

La sécurité sert de justificatif aux infirmières pour le recours aux contentions physiques (Dahlke et al., 2019) notamment face à des comportements d'errance et d'agitation associés aux troubles neurocognitifs ou à l'état confusionnel aigu. Paradoxalement, les contentions physiques accroissent l'agitation des personnes âgées, peuvent précipiter un état confusionnel aigu (Gunawardena et Smithard, 2019) et sont reconnues inadéquates pour prévenir les chutes (LeLaurin et Shorr, 2019). Il semble que les infirmières possèdent peu de connaissances sur l'utilisation appropriée des contentions, les mesures alternatives aux contentions (Eskandari et al., 2018; Kor et al., 2018), ainsi que sur leurs conséquences potentielles et les droits des patients (Chang et al., 2016; 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). Bien que parfois efficace pour réduire la prévalence des contentions (Eskandari et al., 2017; Testad et al., 2016), Chang et al. (2016) révèlent que les interventions éducatives n'amènent pas nécessairement de changement dans la pratique clinique. De fait, les connaissances et les attitudes des infirmières sont associées significativement à l'utilisation des contentions physiques (Eskandari et al., 2017), d'où la pertinence d'utiliser des interventions éducatives appropriées.

À cet égard, la pratique réflexive pose un regard autant sur les connaissances que sur l'aspect affectif, les croyances et les attitudes permettant une prise de conscience de leur impact sur la pratique (Boud et al., 1985; Devenny et Duffy, 2014). Cette approche courante et reconnue pour la

formation infirmière (Dubé et al., 2015) n'a pas de définition consensuelle. Toutefois, Schön (1983) a introduit les concepts de « praticien réflexif », de « réflexion dans l'action » et de « réflexion sur l'action », lesquels réfèrent au praticien qui utilise la réflexion au moment où survient l'action, ou par la suite, afin d'améliorer sa pratique. Bien que les résultats probants demeurent limités sur le sujet, des interventions éducatives intégrant certaines composantes réflexives semblent avoir démontré des résultats sur la diminution de l'utilisation des contentions physiques auprès de personnes âgées. Par exemple, une intervention présentée dans l'étude de Lai et al. (2011) recensée par Abraham et al. (2022) a démontré une diminution significative de l'utilisation continue des contentions. Similairement, l'étude pilote quasi-expérimentale de Gordon et al. (2016) a démontré une diminution de l'utilisation des contentions post-intervention. Jugée essentielle au renouvellement et au développement professionnel (Booth, 2010), la pratique réflexive a amélioré les pratiques professionnelles, augmenté les connaissances et modifié les attitudes (Dubé et Ducharme 2014). À notre connaissance, aucune étude portant spécifiquement sur une intervention de pratique réflexive au sujet de l'utilisation des contentions physiques chez les personnes âgées hospitalisées n'a été répertoriée à ce jour.

Cette étude, menée auprès d'infirmières, a pour but d'évaluer l'acceptabilité, la faisabilité et les retombées d'une intervention de pratique réflexive sur l'utilisation des contentions physiques chez les personnes âgées hospitalisées. Plus précisément, trois questions ont été posées : Q1) Quelle est l'acceptabilité concernant le contenu et la structure de l'intervention de pratique réflexive?; Q2) Quelle est la faisabilité (recrutement, adhésion, fidélité) de l'intervention de pratique réflexive?; Q3) Quelles sont les retombées de l'intervention de pratique réflexive sur les connaissances, les attitudes et les pratiques autodéclarées des infirmières à propos de l'utilisation des contentions physiques chez les personnes âgées hospitalisées?

Méthode

Devis

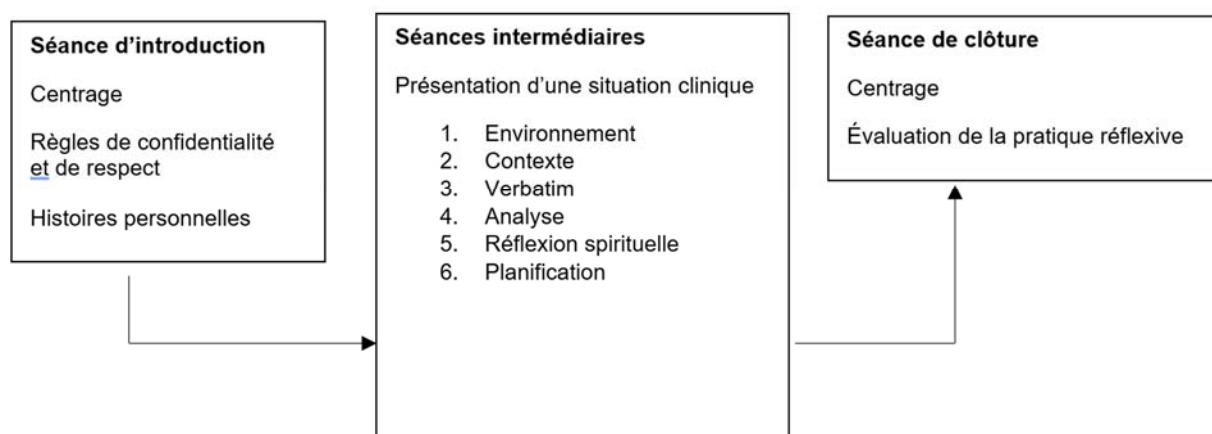
Une étude pilote à devis mixte imbriqué a été réalisée afin d'évaluer l'intervention de pratique réflexive. Les données qualitatives et quantitatives ont été collectées de façon concomitante, avec une prépondérance accordée aux données qualitatives (Creswell et Plano Clark, 2018). Cette complémentarité est judicieuse pour obtenir une meilleure compréhension du phénomène à l'étude, clarifier et illustrer les résultats de recherche (Glaser et Strauss, 1967).

Intervention de pratique réflexive

Fondée sur le cadre de référence de Devenny et Duffy (2014) (Figure 1), l'intervention de pratique réflexive s'est déclinée en cinq ateliers hebdomadaires de 60 minutes en mode présentiel, animés par la première autrice. Un premier atelier a servi d'introduction, trois ateliers intermédiaires à la présentation du programme actualisé de formation sur l'usage des contentions (MSSS; 2006) et à la

réflexion des participants sur leurs pratiques professionnelles fondées sur une situation clinique vécue. Le dernier atelier a laissé place à l'évaluation de l'intervention, suivant la structure proposée par le cadre de référence (Devenny et Duffy, 2014). Le contenu des ateliers incluait notamment des notions en lien avec la législation québécoise sur le sujet. Diverses stratégies éducatives et activités complémentaires ont été utilisées.

Figure 1. Proposition schématique de la structure d'intervention de pratique réflexive centrée sur la personne (Devenny et Duffy, 2014)



Milieu et échantillon

Le projet a été réalisé au sein d'un centre hospitalier universitaire où œuvrent des infirmières auprès de personnes âgées hospitalisées. Comme un échantillon de petite taille peut être caractéristique des études pilotes (Given, 2016), un échantillon non probabiliste de cinq à sept infirmières était souhaité. Ces participants devaient compter six mois ou plus d'expérience et travailler de jour ou de soir dans une unité de médecine accueillant majoritairement des personnes âgées.

Collecte et analyse des données

Questionnaire de données sociodémographiques. Il a été rempli par les participants en pré-intervention (T0) (début de la première séance) afin d'établir le profil des participants. Des statistiques descriptives (moyenne, médiane, pourcentage, écart-type) ont été effectuées sur les données recueillies.

Groupes de discussion focalisée. Des groupes de discussion focalisée (n = 2) animés par des intervieweuses externes au projet ont permis d'évaluer l'acceptabilité (Q1) de l'intervention de pratique réflexive pour les participants durant la séance de clôture (T1) au moyen d'un guide d'entrevue. S'appuyant sur le cadre de référence de

pratique réflexive centrée sur la personne (Devenny et Duffy, 2014) et les critères d'acceptabilité de Sidani et Braden (2021), ce guide d'entrevue comporte six questions sur l'appréciation générale de l'intervention, sur sa structure et son contenu. Enregistrés, les groupes de discussion ont fait l'objet d'une transcription du verbatim, puis d'une analyse de contenu thématique effectuée selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016), consistant en l'attribution de codes aux éléments significatifs du contenu analysé en lien avec les questions de recherche. Les codes renvoient à des mots, des phrases ou des concepts, qui sont ensuite regroupés pour identifier des thèmes émergents. Les données ont été analysées en fonction des six thèmes du guide d'entrevue (1) appréciation générale, 2) durée, 3) nombre, 4) fréquence, 5) structure, et 6) contenu des ateliers). Des thèmes et des sous-thèmes ont été identifiés selon le but et les questions de recherche. Ces thèmes, comparés et regroupés, ont ensuite permis de construire un arbre thématique.

Journal de bord. Adapté de celui de Dubé (2012), un journal de bord comprenant huit sections (recrutement, réflexions personnelles, contenu, activités, exercices, structure, questionnaires et commentaires) a été tenu par la première autrice dès le recrutement et tout au long de l'intervention.

Il a permis de garder une trace écrite des réflexions et des constats sur l'avancement du projet et sur le déroulement des séances par rapport au protocole prévu (Q2 faisabilité). Le journal de bord a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016).

Questionnaires. Trois questionnaires, remplis par les participants au T0 et au T1 ont permis de mesurer les retombées de l'intervention sur le plan quantitatif (Q3).

Le questionnaire sur les connaissances est une traduction du questionnaire *The Knowledge of Physical Restraint Use Scale* (Huang et al., 2009). Ce questionnaire a permis d'évaluer les retombées de l'intervention sur les connaissances des infirmières. Le questionnaire comporte 14 questions sur l'utilisation des contentions physiques. La fiabilité de la cohérence interne de l'instrument a été évaluée par Huang et al. (2009) à l'aide du coefficient Kuder-Richardson (KR20 = 0,61). Cinq questions ont été adaptées au contexte de l'intervention. Les 13 premières questions peuvent être répondues par « vrai », « faux » ou « indécis ». La dernière question propose un choix de réponses. Le score total peut varier entre 0 et 14 points, un score plus élevé étant associé à un meilleur degré de connaissances sur l'utilisation des contentions physiques.

Le questionnaire sur les attitudes au regard des contentions physiques est une traduction du questionnaire de Scherer et al. (1993). Ce questionnaire propose 10 énoncés concernant les droits des patients et les conséquences des contentions sur les patients, les familles et le personnel soignant. La fiabilité de l'instrument a été rapportée par les auteurs au moyen d'un alpha de Cronbach ($\alpha = 0,67$). Originellement conçue pour que chaque énoncé soit répondu à l'aide d'une échelle de Likert à 3 points, l'échelle a été étendue à 5 points afin de permettre une plus grande variabilité des scores (1 = fortement en accord à 5 = fortement en désaccord). Le score total peut varier entre 10 et 50 points. Un score total plus élevé est associé à une attitude plus favorable à l'utilisation des contentions physiques dans la pratique clinique. Une diminution du score entre le T0 et le T1 est donc souhaitée.

Le questionnaire sur la pratique au regard des contentions physiques est une traduction du questionnaire de Scherer et al. (1993). Ce questionnaire a été utilisé afin d'obtenir un aperçu des retombées de l'intervention sur les pratiques autodéclarées des infirmières. Le questionnaire comprend 14 énoncés sur l'utilisation de mesures alternatives ainsi que l'utilisation et l'application des

contentions ($\alpha=0,65$). Initialement, chaque énoncé disposait d'une échelle de Likert à 3 points (« jamais », « parfois », « toujours »), et elle a été modifiée afin de permettre une plus grande variabilité des scores, proposant une échelle de < 10 % à < 100 %. Le score de chaque réponse varie de 1 à 10 points, et le score total de 10 et 140 points. Un score total plus élevé est associé à des pratiques adéquates en lien avec les contentions physiques.

Ces trois questionnaires ont été utilisés à titre indicatif et de façon complémentaire aux données qualitatives permettant, entre autres, d'apprécier les réponses des participants entre le T0 et le T1. Ils ne visaient pas à déterminer l'efficacité de l'intervention. Les scores obtenus à ces trois questionnaires ont été analysés et comparés à l'aide d'un test de Student après vérifications des postulats requis pour un test paramétrique.

Journaux réflexifs des participants. Chaque participant a été invité à remplir trois journaux réflexifs au cours de l'intervention. Les journaux comprennent six sections, basés sur le cadre de référence de pratique réflexive centrée sur la personne de Devenny et Duffy (2014). Les trois premières sections du journal (environnement, contexte, verbatim) étaient complétées préalablement à la séance et servaient de point de départ à la discussion de groupe, tandis que les sections suivantes (analyse, réflexion spirituelle, planification) étaient réalisées pendant la séance, à la lumière de la réflexion de groupe. Ils étaient remis à la première autrice au fur et à mesure des ateliers. Les journaux ont permis de collecter des données qualitatives quant aux retombées de l'intervention (Q3) sur les connaissances, les attitudes et les pratiques autodéclarées des participants. En plus de trianguler les données avec les questionnaires, les journaux réflexifs permettent de percevoir les changements perintervention afin d'offrir un complément d'information aux données quantitatives recueillies. Les données ont également fait l'objet d'une analyse de contenu thématique selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016). Le tableau 1 dresse le portrait de la collecte et de l'analyse des données pour chaque question de recherche.

Approbation éthique

Les approbations du Comité d'éthique de la recherche de l'établissement (protocole no 22.223) et du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal (CERSES) (protocole 2023-4149) ont été obtenues préalablement à l'étude.

Tableau 1. Méthodes de collecte et d'analyse des données selon les questions de recherche

Questions de recherche	Collecte de données Temps de mesure	Analyse
1. Quelle est l'acceptabilité (contenu et structure) de l'intervention de pratique réflexive sur l'utilisation des contentions physiques auprès des personnes âgées hospitalisées?	- Groupes de discussion focalisée (T1)	Analyse thématique selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016).
2. Quelle est la faisabilité (recrutement, adhésion, fidélité à l'intervention et questionnaires) de l'intervention de pratique réflexive?	- Journal de bord de l'étudiante-chercheuse (perintervention) - Enregistrements des ateliers (perintervention)	Analyse thématique selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016).
3. Quelles sont les retombées de l'intervention de pratique réflexive sur les connaissances, les attitudes et les pratiques autodéclarées des infirmières en lien avec l'utilisation des contentions physiques chez les personnes âgées hospitalisées?	- Questionnaires sur les connaissances, les attitudes et les pratiques auto-déclarées (T0, T1) - Journaux réflexifs des participants (perintervention)	- Test T de Student - Analyse thématique selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016).

Résultats

Un échantillon de huit participants (F = 7; H = 1) d'âge moyen de 35,4 ans [23-51 ans] et comptant en moyenne 4,14 années d'expérience auprès de patients âgés a été obtenu. Le tableau 2 présente ces données.

Acceptabilité de l'intervention (structure et contenu) (Q1)

L'intervention de pratique réflexive a été jugée acceptable par les participants. Les résultats quant à la structure et au contenu de l'intervention sont présentés ci-après, ponctués de verbatim des participants.

Tableau 2. Données sociodémographiques des participants

Caractéristiques	
Genre	Homme (n = 1) Femme (n = 7)
Âge moyen	$\mu = 35,4$ $\sigma = 12,51$ E = [23 - 51]
Expérience en soins infirmiers	
Diplôme en soins infirmiers	Baccalauréat (n = 5) DEC (n = 3)
Nombre d'années d'expérience	$\mu = 5,6$ $\sigma = 3,85$ E = [2 - 12]
Nombre d'années en soins aux personnes âgées	$\mu = 4,14$ $\sigma = 3,34$ E = [0,125 - 11]
Emploi	
Unité de soins	Gériatrie (n = 3) Équipe volante (n = 2) Médecine interne (n = 3)
Statut d'emploi	T. Complet (n = 4) T. Partiel permanent (n = 2) T. Partiel occasionnel (n = 2)
Nombre d'années sur l'unité	$\mu = 3,4$ $\sigma = 3,29$ E = [0,125- 11]
Nombre d'heures par semaine	$\mu = 35,4$ $\sigma = 10,51$ E = [15 - 50]
Expériences antérieures	
Formation antérieure sur les contentions	Oui (n = 1) Non (n = 7)
Expérience de pratique réflexive	Oui (n = 2) Non (n = 6)

Structure de l'intervention. La structure de l'intervention a été perçue positivement par sept participants et jugée logique et fluide : « C'était logique et fluide, donc c'était bien, ça avait un sens, ça se suivait donc y avait un enchaînement, c'était bien » (Participant 6). Certains ont manifesté le besoin d'allonger la durée des ateliers tant ils les ont appréciés :

Les sujets étaient tellement intéressants qu'on venait, on prenait un cas, on discutait pis tout d'un coup, le temps est déjà passé. On ne se rend même pas compte. [...] moi je serais restée avec plaisir là, 15, 20 minutes encore [...] (Participant 4).

Tous les participants étaient d'avis qu'une fréquence hebdomadaire pour les ateliers était adéquate pour maintenir leur motivation et leur intérêt à l'égard de l'intervention de pratique réflexive : « Je pense qu'une semaine, c'était bon parce que [...] plus lent ça va s'étaler dans le temps, ça ne va pas être intéressant » (Participant 6).

Contenu de l'intervention. Quant au contenu, les participants ont apprécié la discussion, la réflexion et la diversité des stratégies pédagogiques : « C'est bien d'avoir une formation dans laquelle on peut discuter et réfléchir plutôt que juste des notions théoriques » (Participant 5). L'un d'eux a relevé que ce type de formation l'a amené à revoir ses façons de faire et à réfléchir à ses prochaines interventions : « Ça m'a permis de revoir ma façon de faire. Je pense que ça permet à chacun de nous de réfléchir et de voir comment on peut procéder les prochaines fois » (Participant 8). La discussion de cas concrets, vue comme un bénéfice par les participants, aurait agi comme catalyseur de leurs réflexions, permettant d'intégrer et de transposer leurs nouvelles connaissances aux situations vécues :

[...]d'avoir un cas qu'on discutait pendant la séance, après ça on est capable de se dire "oh j'ai eu un cas similaire, maintenant ce qu'on a appliqué dans ce cas-là [le cas discuté] je pourrais l'appliquer sur mon unité à moi". Puis ça nous faisait réfléchir "oh, tu sais la dernière fois on a eu un patient qui était comme ça, la prochaine fois je vais essayer d'agir comme ça avec ce patient-là pour réduire les contentions" (Participant 5).

Les participants ont apprécié la discussion ainsi que l'expertise des collègues et ont exprimé leur satisfaction sur l'approche de l'animatrice, perçue comme facilitatrice des discussions et des réflexions. Selon eux, elle a favorisé une participation ouverte et authentique en contribuant à instaurer un climat de respect et de confiance. L'ouverture, l'écoute, et l'expertise de l'animatrice

ont été soulignées : « elle était très pédagogue, ouverte, elle aidait les gens à participer et était vraiment à l'écoute » (Participant 6).

Faisabilité de l'intervention (recrutement, adhésion, fidélité) (Q2)

Le recrutement de huit participants s'est déroulé sur deux semaines, tel que prévu. Il n'y a eu aucun abandon en cours de projet. Les participants ont affirmé avoir effectué les lectures et activités complémentaires. Quant aux journaux réflexifs, 20 ont été entièrement complétés (n=20/24; 83 %), confirmant une bonne adhésion à cette activité de l'intervention.

La fidélité de l'intervention a été respectée à 80 %, les échanges parfois prolongés entre les participants et l'animatrice n'ayant permis la présentation que d'un seul cas concret de soins à un atelier, plutôt que les deux prévus. La présentation omise a été reportée à l'atelier suivant, et la durée totale des ateliers n'a pas été modifiée. Aucun écart n'a été noté sur le contenu des ateliers.

Retombées de l'intervention (connaissances, attitudes, pratiques autodéclarées) (Q3)

Sur le plan quantitatif, le test T pour échantillons appariés a permis de révéler une amélioration statistiquement significative sur les connaissances, mais aucune différence statistiquement significative n'a été constatée sur les attitudes et les pratiques autodéclarées des infirmières participantes. Il est à noter que le nombre de participants rend la puissance statistique incapable de détecter une différence qui pourrait être détectable avec un échantillon de plus grande taille.

Sur le plan qualitatif, les résultats tendent à démontrer une amélioration autant au niveau des connaissances, que des attitudes et des pratiques.

Connaissances. La classification des ridelles de lit comme contentions a surpris les participants et ils ont exprimé un malaise sur le fait qu'elles comportent les mêmes exigences de surveillance et de documentation que les autres contentions. Le mythe entourant l'efficacité des contentions pour la prévention et la réduction des chutes a suscité de nombreux questionnements. Les participants ont découvert, à la suite de la présentation d'une étude lors de l'atelier, que la réduction des contentions physiques n'entraîne pas nécessairement une augmentation de l'utilisation des contentions chimiques. Ils ont appris que l'utilisation des contentions physiques accroît le risque de complications, comme l'état confusionnel aigu, les blessures, les fractures et le décès chez les personnes âgées : « [...] on voit que l'état de la personne se détériore, mais on n'a pas pensé que c'est peut-être à cause des contentions qu'elle est devenue de même. Pour moi, je trouve que ça a été

une bonne chose aussi ça m'a permis d'enrichir mes connaissances à ce niveau-là » (Participant 7). Lorsque la contention est requise et justifiée, les participants disent avoir compris la nécessité de réévaluer la situation afin d'en réduire la durée et la fréquence d'utilisation. Ils mentionnent également avoir une meilleure connaissance des diverses mesures alternatives possibles : « Au final, on se rend compte qu'il y a toujours une alternative devant une situation quelconque. Donc, c'était une expérience intéressante. On continue d'apprendre [...]. J'ai déjà commencé à mettre en pratique » (Participant 8).

Attitudes. Les participants ont pris conscience qu'elles sont fondées sur des valeurs et des croyances, ce qui leur a permis de réaliser que l'utilisation des contentions s'appuie sur des motifs non recevables tels le manque de temps, la rapidité d'intervention, le manque de personnel : « Il y a certaines situations dans lesquelles on te dit d'installer une contention parce que c'est le moyen le plus rapide, le plus facile » (Participant 6). Cinq participants ont exprimé des sentiments de culpabilité, de stress, d'anxiété et de tristesse en lien avec l'utilisation de contentions, mais certains ont évoqué une croyance selon laquelle ils n'ont pas d'autre choix, les percevant comme solution adéquate à court terme. Après analyse de la situation et exploration de mesures alternatives, les participants ont reconnu leur utilisation non justifiée, mais évoquent encore la sécurité du patient : « C'était plus pour sa sécurité, on ne peut pas juste le détacher, car il faut qu'il y ait quelqu'un à côté pour le surveiller, sauf qu'il n'y a personne pour le surveiller » (Participant 8). D'autres mentionnent que le retrait des contentions leur procure des sentiments positifs tels que la fierté, la réussite et le soulagement. À mesure que la réflexion évolue, les participants tiennent davantage compte des réels besoins du patient, analysent la situation et les mesures alternatives possibles et prennent en considération les conséquences des contentions chez le patient :

[...] Il y a une patiente qui dérangeait beaucoup. Elle était à risque de chute, elle se levait tout le temps. Tout le monde disait on va la contentionner, il faut la contentionner. J'ai dit non, non, non, on va pas la contentionner [...] je suis allé parler avec la patiente, il fallait juste parler doucement, lui expliquer les choses, lui dire que c'est la nuit et que c'est le moment de dormir. Elle m'a dit qu'elle avait peur. C'était ça, elle avait une crainte. [...] elle voulait juste qu'on la rassure. Après ça, tous les soirs, c'est ça qu'on faisait. On n'a jamais contentionné la dame (Participant 8).

Les participants semblent désormais réticents à utiliser les contentions et explorent davantage les moyens de les éviter. Au terme de l'intervention de pratique réflexive, il est permis de penser que les participants ont pris conscience de leurs valeurs et croyances personnelles et sont capables de les confronter.

Pratiques. Les apprentissages réalisés semblent avoir permis de modifier les pratiques professionnelles des participants. Ceux-ci disent comprendre la nécessité d'évaluer les besoins du patient « J'ai appris qu'il faut mettre l'accent sur l'évaluation des besoins de la personne âgée, pour peut-être éviter certaines contentions » (Participant 2), d'explorer des mesures alternatives « La prochaine fois, je vais essayer de contacter la famille pour voir si quelqu'un peut se présenter et utiliser des objets que la personne aime pour la distraire » (Participant 8) et soulèvent les difficultés liées aux attitudes de membres de l'équipe et à la pression du milieu « Tout le monde est contre moi quand je décide de décontentionner le patient, je passe pour la méchante quand je ne veux pas contentionner le patient » (Participant 7). Pour eux, l'évaluation des besoins du patient sera désormais prioritaire et ils distingueront les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et leurs causes sous-jacentes de l'état confusionnel aigu. Sensibilisés à réduire l'utilisation des contentions, ils veulent adapter leur approche à la personne âgée.

À la suite de l'intervention, les participants explorent et proposent de plus en plus des mesures alternatives et voient un avantage à collaborer avec les proches du patient pour connaître les stratégies de gestion des SCPD à domicile. Lorsque l'utilisation de la contention est nécessaire, les participants expriment la volonté de recourir à la moins restrictive, d'en écourter l'utilisation et d'en assurer le suivi en réévaluant la condition du patient. Ils soulignent l'importance de la mise à jour du plan thérapeutique infirmier et l'écriture de notes au dossier à ce propos.

Les participants misent davantage sur le travail en équipe multidisciplinaire, susceptible selon eux, de favoriser une prise en charge optimale du patient pour éviter la contention : « Si j'avais été seule pour réfléchir dans cette situation, la contention n'aurait pas nécessairement été temporaire » (Participant 8). Les participants rapportent être parfois confrontés aux attitudes réfractaires de certains collègues en tentant d'éviter le recours aux contentions. Alors que certains n'osent pas contredire, d'autres rapportent avoir le courage de s'affirmer et d'en refuser l'utilisation non justifiée : « J'ai refusé de mettre la contention malgré les demandes de mes collègues et des préposés aux bénéficiaires » (Participant 7).

Discussion

Le but de cette étude était d'évaluer, auprès d'infirmières, l'acceptabilité, la faisabilité et les retombées d'une intervention de pratique réflexive portant sur l'utilisation des contentions physiques chez des personnes âgées hospitalisées. Les résultats quant à l'appréciation de l'intervention convergent avec les écrits, soulignant notamment l'importance du rôle de facilitatrice. Quant à la faisabilité de l'intervention, les stratégies mises en place sont discutées. Enfin, l'intervention semble avoir des retombées favorables quant aux connaissances et aux attitudes des infirmières, mais l'aspect multidimensionnel nécessaire aux changements de pratique est soulevé.

Tout d'abord, les participants ont exprimé un niveau élevé de satisfaction à l'égard de l'intervention, de sa structure, de son contenu ainsi que sur les échanges et les discussions, confirmant les résultats de Bureau et al. (2021), Contreras et al. (2020), et Ferland et al. (2012). Les participants ont aimé avoir du temps pour réfléchir à leurs interventions quotidiennes auprès des patients, rapportant qu'ils en ont rarement l'occasion. Leurs commentaires confirment ceux de Dubé et Ducharme (2014) selon lesquelles l'intervention de pratique réflexive permet de repenser les gestes routiniers de la pratique, en encourageant une rupture pour y intégrer les meilleures pratiques. Pour la plupart des participants, il s'agissait d'une première occasion de réfléchir de façon guidée et approfondie sur l'utilisation des contentions physiques et sur leur pratique professionnelle auprès des personnes âgées. Ils mentionnent qu'ils intégreront désormais la réflexion dans leur processus de décision du recours aux contentions, confirmant les bienfaits mentionnés par Asselin et Fain (2013) et Bureau et al. (2021). La structure des ateliers a été qualifiée de logique par la plupart et les notions théoriques en ouverture d'atelier ont permis d'enrichir les discussions et de soutenir les interventions. Ces résultats rejoignent Contreras et al. (2020) et Howell (2021) voulant que la pratique réflexive accroît les apprentissages, favorise l'intégration des connaissances et l'intégration dans la pratique.

Quant à l'importance du rôle de facilitatrice des ateliers, les résultats de l'étude appuient Dubé et Ducharme (2015) ainsi que Miraglia et Asselin (2015), les propos des participants confirmant que l'animatrice a stimulé la réflexion approfondie à partir de ses compétences sur le sujet.

Les résultats démontrent la faisabilité de l'intervention de pratique réflexive sur l'utilisation des contentions physiques, bien que celle-ci était prodiguée en dehors des heures rémunérées des infirmières. Ainsi, sur le recrutement, Gardner et al.

(2003) proposent une approche diversifiée pour le faciliter et, à cet égard, divers moyens ont été utilisés: une présentation du projet en amont du recrutement, la présence d'un facilitateur dans le milieu, l'accréditation de la formation, la diffusion d'une brochure d'information et des rencontres virtuelles avec les infirmières ayant démontré de l'intérêt pour le projet. Aucune difficulté de recrutement n'a été rencontrée et il s'est réalisé dans les délais impartis. De plus, sachant que la durée et le succès d'une étude sont principalement déterminés par le taux de participation, suivant la recommandation de In (2017), un échantillon supérieur à celui prévu a été formé (projeté : cinq à sept participants; réel : huit participants), mais aucun participant n'a abandonné. Des stratégies ont également été mises en place pour assurer le bon déroulement des ateliers, l'adhésion des participants et éviter les abandons en cours d'étude. Il est apparu judicieux, à l'instar de Gordon et al. (2016), de considérer l'intérêt et la disponibilité des participants pour éviter les abandons. Dans cette étude, certains participants ont confirmé leur participation au projet malgré le fait que les dates prévues des ateliers les contraignaient à se déplacer sur leur lieu de travail pendant leurs congés pour participer. Il semble donc que le besoin de formation sur les contentions, noté par certains auteurs (Dahlke et al., 2017; Gunawardena et Smithard, 2019; Eskandari et al., 2017), a favorisé l'intérêt pour ce projet pilote. Le besoin de développer des connaissances en soins gériatriques a été rapporté dans des écrits (Almeida Tavares et al., 2015; Dahlke et al., 2019) et les discussions en atelier sur des situations de soins impliquant des personnes âgées ont en effet révélé un manque de connaissances sur le sujet, notamment sur l'état confusionnel aigu, les troubles neurocognitifs majeurs et la gestion des SCPD. À cet égard, la théorie des besoins compromis d'Algase (1996) nous éclaire sur le fait que les SCPD surviennent généralement lorsqu'un besoin de base n'est pas satisfait chez la personne âgée et que c'est ainsi qu'il s'exprime. Les résultats révèlent la nouveauté de cette notion pour certains participants, alors que Rey (2015) souligne qu'il est essentiel que les infirmières et infirmiers œuvrant auprès des aînés aient une compréhension approfondie des SCPD et de leur signification, afin d'être en mesure d'intervenir de manière appropriée.

L'intervention de pratique réflexive a permis de modifier les attitudes des participants sur l'utilisation des contentions physiques, notamment par la remise en question des croyances et des perceptions. À l'instar de certains auteurs (Dahlke et al., 2019; Lane et Harrington, 2011; Riahi et al., 2016), les participants ont justifié le recours aux

contentions par la sécurité du patient, leur permettant ainsi de se rassurer et de pallier les sentiments de culpabilité et de tristesse, confirmant les propos de Mohler et Meyer (2014). Les participants vivaient aussi un conflit de valeurs entre leur responsabilité pour la sécurité des patients, et la liberté de ces derniers (Gunawardena et Smithard, 2019), cette prise de conscience étant pourtant essentielle au lien thérapeutique requis aux soins centrés sur la personne (Rasheed et al., 2019). La pratique réflexive figure parmi les stratégies éducatives permettant d'accroître la conscience de soi (Rasheed et al., 2019).

L'exploration de la dimension affective par la pratique réflexive a volontairement été mise de l'avant en se fondant sur le cadre de référence de Devenny et Duffy (2014) et appuyée par Boud et al. (1985). En associant l'affect au cognitif, les résultats révèlent que la pratique réflexive a permis aux participants d'analyser les situations de soins en portant un regard sur eux-mêmes, en prenant conscience de leurs émotions, en remettant en question certaines valeurs et croyances personnelles et professionnelles, en faisant émerger les pensées et les émotions associées aux expériences cliniques, les menant ultimement à un changement d'attitudes (Asselin et Fain, 2013; Dubé et Ducharme, 2014) et à une approche plus centrée sur la personne, confirmant McCormack et McCance (2011) et Pepin et al. (2017).

Les retombées de l'étude ont révélé, à l'instar d'autres études (Patel et Metersky, 2022; Rentala et al., 2021), qu'une intervention éducative incluant la pratique réflexive peut amener les participants à modifier leurs pratiques au regard des contentions physiques. Antérieurement à la formation, les participants considéraient souvent la contention, sans procéder à la recherche, à l'essai et à l'évaluation de mesures alternatives, et ils la justifiaient à posteriori. Cette situation est questionnable, vu que l'évaluation de l'état mental et physique d'une personne symptomatique est une activité réservée de l'infirmière (Durand, 2013) et qu'elle doit être soutenue par un jugement clinique aiguisé, pour utiliser ou non la contention physique (Gunawardena et Smithard, 2019). Les participants ont appris la nécessité de procéder à l'inverse. À l'instar de Power et al. (2020), la justification de la contention dans une situation donnée est devenue improbable après la réflexion, les participants ayant pensé à des stratégies pour l'éviter.

Au-delà des connaissances, des attitudes et des pratiques individuelles des infirmières, il a été relevé qu'il convient d'agir aussi sur divers aspects de l'environnement et de l'organisation des soins (George, 2013). Certains participants ont témoigné être confrontés aux attitudes réfractaires de certains collègues face au retrait des contentions ainsi qu'à

la culture de soins de l'unité et de l'établissement, rejoignant Abraham et al. (2019) et Lan et al. (2017). D'autres ont changé des pratiques inadéquates sur leur unité de soins en s'y interposant, ou ont résisté à la pression de pairs, témoignant d'une forme de leadership infirmier. Cette situation rejoint les propos de Miraglia et Asselin (2015) voulant que la pratique réflexive en groupe, dans un climat de soutien et de collaboration, peut augmenter le pouvoir des infirmières et influencer la pratique au niveau organisationnel pour éventuellement contribuer à un changement de culture de soins.

Les retombées de l'intervention sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des infirmières permettent de constater que ces trois éléments semblent interreliés. L'analyse révèle en effet certains thèmes récurrents et complémentaires, rejoignant certains auteurs (Eskandari et al., 2017; Mahmoud, 2017; Rentala et al., 2021) selon lesquels il existe une corrélation statistiquement positive entre les trois concepts et l'utilisation des contentions physiques. Ceci renforce l'importance de considérer ces éléments dans le choix et l'élaboration d'une intervention éducative sur les contentions.

Limites

La méthode d'échantillonnage non probabiliste est l'une des limites de cette étude. Les participants au projet proviennent tous d'un même centre hospitalier; ils forment un échantillon homogène ayant probablement un intérêt pour la problématique, et peut-être plus enclin à vouloir changer la pratique. Les résultats de cette étude pilote invitent à la prudence et ne permettent pas la généralisation, bien qu'une description précise et détaillée de l'échantillon et de son contexte a été offerte (Flanagan et Beck, 2024), afin d'assurer une certaine transférabilité des résultats.

Une autre limite concerne l'intervention de pratique réflexive, élaborée et assurée par la première autrice dans le cadre de ses études de maîtrise. Afin de réduire les biais possibles, l'écoute de chaque atelier a été effectuée par les deux autrices, offrant ainsi un suivi étroit et une rétroaction constante sur l'intervention afin d'en relever les points à renforcer. De plus, le fait que l'intervention ait été donnée par la première autrice peut entraîner un biais de désirabilité sociale, les participants pouvant avoir eu tendance à offrir des réponses plus favorables et à anticiper celles attendues (Gray et Grove, 2021). L'animatrice a toutefois évité de se positionner en tant qu'experte et misé sur l'établissement d'un lien de confiance. Quant à l'évaluation de l'intervention, elle a été réalisée par des intervieweuses externes au projet. Une grille de fidélité a également été remplie après

chaque atelier afin de relever tout écart aux critères de faisabilité (Flanagan et Beck, 2024).

Les modifications à la pratique clinique, autorapportée par les participants, représentent une autre limite que nous avons tenté d'atténuer par la triangulation des données. La nature autorapportée des données pouvant apporter un biais, d'autres études s'avèreront nécessaires, notamment pour évaluer l'efficacité de ce type d'intervention. Cette étude demeure intéressante de par les verbatim des participants dans des situations de soins révélant l'évolution de leurs pratiques, ce qui devient une force de l'étude (Creswell et Creswell, 2022). Enfin, les questionnaires utilisés pour la collecte des données présentent certaines limites. Les valeurs des coefficients alpha de Cronbach de ces instruments (0,67 pour le questionnaire sur les attitudes et 0,65 pour le questionnaire sur la pratique) se situent en deçà du seuil acceptable de cohérence interne situé à 0,70 (Gray et Grove, 2021). Ils ont toutefois été utilisés, vu le manque d'outils et l'envergure d'un projet académique. De plus, ils ont principalement été utilisés comme des indicateurs complémentaires aux données qualitatives. Aussi, les échelles de Likert offrant des réponses « en accord » ou « en désaccord » peuvent représenter un risque de biais, puisque les participants sont susceptibles d'anticiper les réponses associées à des éléments positifs ou négatifs (Gray et Grove, 2021). Un des énoncés comporte des scores inversés, réduisant ainsi le risque de biais. Les échelles de Likert ont été étendues, permettant une plus grande variabilité des scores pour éviter l'effet plafond. Il est à noter que les données qualitatives et quantitatives ont été contrastées permettant une forme de triangulation des données.

Conclusion

À notre connaissance, ce projet pilote est le premier à s'être intéressé à la mise en place d'une intervention de pratique réflexive sur l'utilisation des contentions physiques chez les aînés en milieu hospitalier. Évaluée acceptable et faisable, elle a non seulement amélioré les connaissances des participants, mais favorisé la réflexion sur leurs attitudes et leur pratique d'utilisation des contentions physiques chez les personnes âgées. Les milieux hospitaliers auraient avantage à miser sur ce type de formation pour soutenir les infirmières dans leur développement professionnel et améliorer les soins. Les contentions physiques chez les personnes âgées hospitalisées comportent des conséquences parfois désastreuses et la priorité doit être de les éviter.

Remerciements

Des remerciements sont adressés aux organismes qui ont offert des bourses d'études à la première autrice dans le cadre de ses études de maîtrise : la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers de l'Université de Montréal, le ministère de l'Enseignement supérieur, le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec, l'Association étudiante des cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec. Nous remercions également madame Danielle Bellemare, inf., M. Sc., M.A.P., pour la relecture du manuscrit et ses suggestions de bonification.

Des remerciements vont également aux infirmières qui ont participé à ce projet pilote. Leur assiduité, leur intérêt et leur participation ont été grandement appréciés.

Références

- 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.pu.b2>
- 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>
- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A. M., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, 11(6), 10-19. <https://doi.org/10.1177/153331759601100603>
- Almeida Tavares, J. P., Silva, A. L. d., Sá-Couto, P., Boltz, M. et Capezuti, E. (2015). Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 51-61. <https://doi.org/10.1111/scs.12124>

- Asselin, M. E. et Fain, J. A. (2013). Effect of reflective practice education on self-reflection, insight, and reflective thinking among experienced nurses: a pilot study. *Journal for Nurses in Professional Development*, 29(3), 111-119.
<https://doi.org/10.1097/NND.0b013e318291c0cc>
- 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/https://doi.org/10.1111/jgs.14435>
- Booth, A. (2010). Upon reflection: five mirrors of evidence-based practice. *Health Information & Libraries Journal*, 27, 253-256.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2010.00902.x>
- Boud, D., Keogh, R. et Walker, D. (1985). *Reflection: Turning Experience into Learning*. Routledge Falmer.
- Bureau, M., Francoeur, J. et Dubé, V. (2021). Accompagner les proches aidants d'aînés : une intervention de pratique réflexive auprès d'infirmières cliniciennes en première ligne. *L'infirmière Clinicienne*, 18(1).
- Chang, Y. Y., Yu, H. H., Loh el, 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.0000000000000092>
- Contreras, J. A., Edwards-Maddox, S., Hall, A. et Lee, M. A. (2020). Effects of Reflective Practice on Baccalaureate Nursing Students' Stress, Anxiety and Competency: An Integrative Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(3), 239-245. <https://doi.org/10.1111/wvn.12438>
- Creswell, J. W. et Creswell, J.D. (2022). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (6^e éd.). SAGE Publications.
- Creswell, J.W. et Plano Clark, V.L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3^e éd.). SAGE Publications.
- Dahlke, S., Hall, W. A. et Baumbusch, J. (2017). Constructing definitions of safety risks while nurses care for hospitalised older people: Secondary analysis of qualitative data. *International Journal of Older People Nursing*, 12(3).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/opn.12148>
- Dahlke, S., Hunter, K. F., Negrin, K., Reshef Kalogirou, M., Fox, M. et Wagg, A. (2019). The educational needs of nursing staff when working with hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 221-234.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14631>
- 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>
- Dewing, J. et Dijk, S. (2014, 2016). What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia*, 15(1), 106-124.
<https://doi.org/10.1177/1471301213520172>
- Dubé, V. (2012). *Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive avec des infirmières oeuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus.
https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/8623/Dube_Veronique_2012_these.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- 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). 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>
- 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/https://doi.org/10.1111/jocn.13778>
- 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).
<http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/>
- Flanagan, J. et Beck, C. T. (2024). *Polit and Beck's Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (12^e éd.). Wolters Kluwer.
- Gardner, G., Gardner, A., MacLellan, L. et Osborne, S. (2003). Reconceptualising the objectives of a pilot study for clinical research. *International Journal of Nursing Studies*, 40(7), 719-724.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00011-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00011-7)

- Given, L. M. (2016). *100 Questions (and answers) about qualitative research* (vol. 1). SAGE Publications.
- George, J., Long, S. et Vincent, C. (2013). How can we keep patients with dementia safe in our acute hospitals? A review of challenges and solutions. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(9), 355-361.
<https://doi.org/10.1177/0141076813476497>
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Aldine.
- 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>
- Gray, J. R. et Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research* (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>
- Howell, R. A. (2021). Engaging students in education for sustainable development: The benefits of active learning, reflective practices and flipped classroom pedagogies. *Journal of Cleaner Production*, 325, 129318.
- Huang, H.-T., Chuang, Y.-H. et Chiang, K.-F. (2009). Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: the effectiveness of an in-service education program. *Journal of Nursing Research*, 17(4). https://journals.lww.com/jnr-twna/Fulltext/2009/12000/Nurses_Physical_Restraint_Knowledge_Attitudes.4.aspx
- Huang, H.-T., Chuang, Y.-H. et Chiang, K.-F. (2009). Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: the effectiveness of an in-service education program. *Journal of Nursing Research*, 17(4). https://journals.lww.com/jnr-twna/Fulltext/2009/12000/Nurses_Physical_Restraint_Knowledge_Attitudes.4.aspx
- In, J. (2017). Introduction of a pilot study. *kja*, 70(6), 601-605.
<https://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.6.601>
- 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/https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.05.012>
- Lane, C. et Harrington, A. (2011). The factors that influence nurses' use of physical restraint: A thematic literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 195-204.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01925.x>
- LeLaurin, J. H. et Shorr, R. I. (2019). Preventing falls in hospitalized patients: state of the science. *Clinics in Geriatric Medicine*, 35(2), 273-283.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.01.007>
- Mahmoud, A. S. (2017). Psychiatric Nurses' Attitude and Practice toward Physical Restraint. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 2-7.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.013>
- McCormack, B., & McCance, T. (2011). *Person-centred nursing: theory and practice*. John Wiley & Sons.
- 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>
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=265C13C1AAD0C43965DDE51B7E883168?sequence=1

- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (4^e éd.). Armand Colin.
- Patel, K. M. et Metersky, K. (2022). Reflective practice in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 33(3), 180-187.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/2047-3095.12350>
- Power, T., Baker, A. et Jackson, D. (2020). Only ever as a last resort: Mental health nurses' experiences of restrictive practices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 674-684.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12701>
- Rasheed, S. P., Younas, A. et Sundus, A. (2019, 2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 762-774.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.14708>
- Rental, S., Govinder Thimmajja, S., Bevoor, P. et Bevinahalli Nanjegowda, R. (2021). Nurses' knowledge, attitude and practices on use of restraints at State Mental health care setting: An impact of in-service education programme. *Investigacion & Educacion en Enfermeria*, 39(1), 147-156.
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n1e12>
- Rey, S. (2015). *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés vivant en centre de soins de longue durée*.
https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/07/Guide-de-pratique-clinique-SCPD_Sciences-infirmieres_2015.pdf
- Riahi, S., Thomson, G. et Duxbury, J. (2016). An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2), 116-128.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12285>
- Scheel, L. S., Bydam, J. et Peters, M. D. J. (2021). Reflection as a learning strategy for the training of nurses in clinical practice setting: a scoping review. *JB I Evidence Synthesis*, 19(12), 3268-3300. <https://doi.org/10.11124/jbies-21-00005>
- Scherer, Y. K., Janelli, L., Wu, Y. B., & Kuhn, M. M. (1993). Cet article a été publié dans *Heart and Lungs*, 22, Scherer, Y. K., Janelli, L., Wu, Y. B., & Kuhn, M. M, Restraints patient: an important issue for critical care nursing, 77-83, Copyright Elsevier (1993).
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Sidani, S. et Braden, C. J. (2021). *Nursing and Health Interventions: Design, Evaluation, and Implementation* (2^e éd.). John Wiley & Sons.
- Statistique Canada. (2024, décembre). *Documents d'information pour la ministre des Aînés*. Gouvernement du Canada. [Documents d'information pour la ministre des Aînés, décembre 2024 - Canada.ca](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/95-662-x/2024001/article/00001-eng.htm)
- 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>
- Thomann, S., Hahn, S., Bauer, S., Richter, D. et Zwahlen, 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>
- Voyer, P. (2021). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (3^{ème} éd., vol. 1). ERPI