

Université de Montréal

Retour post-isolement en milieu psychiatrique:
développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus

par Marie-Hélène Goulet

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor*
en sciences infirmières
option soins et santé

Juin, 2016

© Marie-Hélène Goulet, 2016

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

Retour post-isolement en milieu psychiatrique :
développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus

présentée par :

Marie-Hélène Goulet

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Anne Bourbonnais, Présidente-rapporteuse

Caroline Larue, Directrice de recherche

Christine Genest, Membre du jury

Diane Morin, Examinatrice externe

Résumé

L'isolement avec ou sans contention (IC) en milieu psychiatrique touche près d'un patient sur quatre au Québec (Dumais, Larue, Drapeau, Ménard, & Giguère-Allard, 2011). Il est pourtant largement documenté que cette pratique porte préjudice aux patients, aux infirmières et à l'organisation (Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010). Cette mesure posant un problème éthique fait l'objet de politiques visant à la restreindre, voire à l'éliminer. Les études sur l'expérience de l'isolement du patient de même que sur la perception des infirmières identifient le besoin d'un retour sur cet événement. Plusieurs équipes de chercheurs proposent un retour post-isolement (REPI) intégrant à la fois l'équipe traitante, plus particulièrement les infirmières, et le patient comme intervention afin de diminuer l'incidence de l'IC. Le REPI vise l'échange émotionnel, l'analyse des étapes ayant mené à la prise de décision d'IC et la projection des interventions futures.

Le but de cette étude était de développer, implanter et évaluer le REPI auprès des intervenants et des patients d'une unité de soins psychiatriques aigus afin d'améliorer leur expérience de soins. Les questions de recherche étaient : 1) Quel est le contexte d'implantation du REPI? 2) Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'implantation du REPI selon les patients et les intervenants? 3) Quelle est la perception des patients et des intervenants des modalités et retombées du REPI?; et 4) L'implantation du REPI est-elle associée à une diminution de la prévalence et de la durée des épisodes d'IC?

Cette étude de cas instrumentale (Stake, 1995, 2008) était ancrée dans une approche participative. Le cas était celui de l'unité de soins psychiatriques aigus pour premier épisode psychotique où a été implanté le REPI. En premier lieu, le développement du REPI a d'abord fait l'objet d'une documentation du contexte par une immersion dans le milieu ($n=56$ heures) et des entretiens individuels avec un échantillonnage de convenance ($n=3$ patients, $n=14$ intervenants). Un comité d'experts (l'étudiante-chercheuse, six infirmières du milieu et un patient partenaire) a par la suite développé le REPI qui comporte deux volets : avec le patient et en équipe. L'évaluation des retombées a été effectuée par des entretiens individuels ($n=3$ patients, $n=12$ intervenants) et l'examen de la prévalence et de la durée des IC six mois avant et après l'implantation du REPI. Les données qualitatives ont été examinées selon une analyse

thématique (Miles, Huberman, & Saldana, 2014), tandis que les données quantitatives ont fait l'objet de tests descriptifs et non-paramétriques.

Les résultats proposent que le contexte d'implantation est défini par des normes implicites et explicites où l'utilisation de l'IC peut générer un cercle vicieux de comportements agressifs nourris par un profond sentiment d'injustice de la part des patients. Ceux-ci ont l'impression qu'ils doivent se conformer aux attentes du personnel et aux règles de l'unité. Les participants ont exprimé le besoin de créer des opportunités pour une communication authentique qui pourrait avoir lieu lors du REPI, bien que sa pratique soit variable d'un intervenant à un autre.

Les résultats suggèrent que le principal élément ayant facilité l'implantation du REPI est l'approche participative de l'étude, alors que les obstacles rencontrés relèvent surtout de la complexité de la mise en œuvre du REPI en équipe. Lors du REPI avec le patient, les infirmières ont pu explorer ses sentiments et son point de vue, ce qui a favorisé la reconstruction de la relation thérapeutique. Quant au REPI avec l'équipe de soins, il a été perçu comme une opportunité d'apprentissage, ce qui a permis d'ajuster le plan d'intervention des patients. Suite à l'implantation du REPI, les résultats ont d'ailleurs montré une réduction significative de l'utilisation de l'isolement et du temps passé en isolement.

Les résultats de cette thèse soulignent la possibilité d'outrepasser le malaise initial perçu tant par le patient que par l'infirmière en systématisant le REPI. De plus, cette étude met l'accent sur le besoin d'une présence authentique pour atteindre un partage significatif dans la relation thérapeutique, ce qui est la pierre d'assise de la pratique infirmière en santé mentale. Cette étude contribue aux connaissances sur la prévention des comportements agressifs en milieu psychiatrique en documentant le contexte dans lequel se situe l'IC, en proposant un REPI comportant deux volets de REPI et en explorant ses retombées. Nos résultats soutiennent le potentiel du développement d'une prévention tertiaire qui intègre à la fois la perspective des patients et des intervenants.

Mots-clés : isolement et contention, retour post-isolement, santé mentale, sciences infirmières, réflexivité, étude de cas, approche participative.

Abstract

In Quebec, seclusion with or without restraint (SR) affects nearly one in four patients in psychiatric wards (Dumais, Larue, Drapeau, Ménard & Giguère-Allard, 2011). It is widely recognized that this practice affects patients, nurses, and organizations (Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010). Coercive measures pose an ethical dilemma and are the object of policies aimed at reducing or even eliminating their use. Studies on patients' experience and nurses' perception of seclusion showed the need for a review of the seclusion event. Several teams of researchers proposed a post-seclusion and-or restraint review (PSRR) involving both the staff and the patient as an intervention to reduce the incidence of SR. It aims at exchanges on emotions, analysis of the steps leading to the decision to use SR, and projection of future interventions.

The purpose of this study was to develop, implement, and evaluate a PSRR with patient and staff of an acute psychiatric care unit to improve their care experience. The research questions were: 1) What is the context of implementation of the PSRR? 2) What are the facilitators and barriers to PSRR implementation according to patients and staff? 3) What is the point of view of patients and staff regarding the modalities and impact of PSRR?, and 4) Is PSRR implementation associated with a decreased prevalence of SR and a reduction of hours spent in SR?

This instrumental case study (Stake, 1995, 2008) was rooted in a participatory approach. The case was an acute psychiatric care unit specialized in first-episode psychosis. To document the context prior to the implementation of the PSRR, the principal investigator went through a 56-hour immersion on the unit and individually interviewed a convenience sample of staff ($n= 14$) and patients ($n= 3$). A committee of experts (the principal investigator, six nurses from the unit and a patient partner) developed the two PSRR tools (one for the patient and one for the staff) that were implemented. To evaluate the impact of the PSRR, patients ($n = 3$) and staff ($n =12$) were interviewed and data on the prevalence and duration of SR were collected before (6 months) and after (6 months) the implementation of the PSRR. Qualitative data were subjected to thematic analysis (Miles, Huberman, and Saldana, 2014) and administrative data were analyzed with descriptive and non-parametric statistics.

The findings were that, for patients, the context of implementation was defined by implicit and explicit standards. They felt they had to conform to staff expectations and unit's rules. Patients believed that the use of SR could create a vicious circle of aggressive behaviours fuelled by their profound feeling of injustice regarding SR. Participants' viewpoint showed the ongoing need to foster opportunities for authentic communication, especially through a PSSR. The practice of PSSR seemed to vary from one staff member to the other.

For staff, findings suggested that the main facilitator for the implementation of the PSRR was the study's participatory approach, while barriers were related to the difficulties in involving all witnesses of the SR witnesses within the staff PSSR. During the PSRR with the patient, nurses felt they could explore patient's feelings and point of view, which led to the restoration of the therapeutic relationship. The staff PSRR was perceived as a learning opportunity and allowed for adjusting the patient's treatment plan. There was a significant reduction in the use and the duration of seclusion in comparison with data prior to implementation.

The findings highlighted the possibility to overcome the perceived discomfort of all parties regarding SR by systematizing the use of a PSRR with patients and staff. Additionally, the findings emphasized the need for a genuine presence of the nurse to achieve meaningful sharing in the therapeutic relationship, which is the cornerstone of mental health nursing. This study contributed to knowledge on the management of aggressive behaviour in psychiatric settings by shedding light on the context in which SR practices occur, by offering two PSRR tools, and by exploring the impact of their implementation. The results supported the potential of a participatory research approach in which patients and staff perspectives were taken into account to develop alternatives approaches to the use of SR.

Keywords : seclusion and restraint, post-seclusion and/or restraint, mental health, nursing, reflexivity, case study, participatory approach

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Liste des sigles.....	x
Liste des abréviations.....	xi
Remerciements.....	xiii
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Problématique.....	2
1.1 Contexte éthique, légal et politique.....	2
1.2 Prévalence.....	4
1.3 Conséquences de l'IC.....	5
1.4 Réduction des mesures de contrôle : le retour post-isolement.....	6
1.5 Influences théoriques.....	8
1.6 But de l'étude et questions de recherche.....	9
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	10
2.1 Des programmes de réduction des mesures de contrôle au retour post-isolement.....	10
2.1.1 Les programmes de réduction des mesures de contrôle : une revue systématique..	11
2.1.2 Le retour post-isolement : un examen de la portée.....	30
2.2 Assises conceptuelles et théoriques.....	57
2.2.1 Facteurs influençant la décision d'IC.....	57
2.2.2 La réflexivité.....	61
2.2.3 Un modèle de soins humaniste.....	63
Chapitre 3. Méthode.....	66
3.1 Justification du devis d'étude de cas.....	66

3.2 Cohérence de l'étude de cas et des influences théoriques de l'étude	68
3.3 Milieu de l'étude	70
3.4 Déroulement de l'étude.....	70
3.4.1 Phase 1 : développement de l'intervention	71
3.4.2 Phase 2 : implantation de l'intervention	72
3.4.3 Phase 3 : évaluation de l'intervention	74
3.5 Échantillons, critères de sélection et recrutement.....	74
3.6 Collecte de données	76
3.7 Analyse des données	78
3.8 Considérations éthiques	80
Chapitre 4. Résultats	83
4.1 Documentation du contexte d'implantation du REPI : troisième article	83
4.2 Évaluation du développement, de l'implantation et des retombées du REPI : quatrième article.....	105
Chapitre 5. Discussion	130
5.1 Considérations méthodologiques	130
5.1.1 Pertinence du devis de recherche.....	130
5.1.2 Échantillonnage et recrutement.....	135
5.2 Considérations théoriques.....	138
5.2.1 Une perspective disciplinaire humaniste	138
5.2.2 Théorie de la structuration : de l'importance de la réflexivité.....	140
5.3 Discussion des principaux résultats	141
5.3.1 Quel est le contexte d'implantation du REPI?.....	141
5.3.2 Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'implantation du REPI selon les patients et les intervenants?.....	143
5.3.3 Quelle est la perception des patients et des intervenants des modalités et retombées du REPI?	144
5.3.4 L'implantation du REPI est-elle associée à une diminution de la prévalence et de la durée des épisodes d'IC?	146
5.4 Critères de scientificité	147

5.5 Limites de l'étude	151
5.6 Implications de l'étude.....	152
5.6.1 Recherche.....	153
5.6.2 Formation.....	154
5.6.3 Pratique clinique	155
5.6.4 Gestion.....	155
5.6.5 Politique.....	155
Conclusion	157
Références.....	156
Annexe A : Preuve de soumission du premier article.....	i
Annexe B : Preuve de publication du deuxième article.....	ii
Annexe C : Lettre de sollicitation - pré-intervention.....	iii
Annexe D : Lettre de sollicitation - post-intervention	v
Annexe E : Guides d'entretien avec les intervenants pré et post-intervention	vii
Annexe F : Guides d'entretien avec les patients pré et post-intervention.....	xiii
Annexe G : Arbre de codes pour les patients.....	xix
Annexe H : Arbre de codes pour les intervenants.....	xx
Annexe I : Extraits d'une synthèse thématique par intervenant, d'un entretien codifié et d'un tableau synthèse par thème	xxi
Annexe J : Certificat d'éthique et renouvellement	xxvi
Annexe K : Formulaire d'information et de consentement.....	xxviii
Annexe L : Preuve de soumission du troisième article.....	xlvi
Annexe M : Preuve de soumission du quatrième article.....	xlvi
Annexe N : Guides du REPI avec le patient et en équipe.....	xlix
Annexe O : Sommaire exécutif.....	liv

Liste des tableaux

Table 1. Search strategy example (PubMed)	15
Table 2. Seclusion and restraint reduction programs: components and outcomes	19
Table 3. Components of seclusion and restraint reduction programs: definitions and examples	24
Table 4. Studies reporting post-seclusion and/or restraint review	36
Table 5. Studies reporting post-seclusion and/or restraint review as a part of a program	39
Table 6. PSRR with the patient (based on Bonner, 2008)	113
Table 7. PSRR with the health care team (based on Huckshorn, 2005)	114
Table 8. Recommendations for PSRR with the patient	126

Liste des figures

Figure 1. PRISMA flow diagram.....	16
Figure 2. Components of seclusion and restraint reduction programs.....	23
Figure 3. Flow diagram of study selection.....	34
Figure 4. The theoretical origins of post-seclusion and/or restraint review.	44
Figure 5. Facteurs influençant la décision d'IC en santé mentale adapté de Larue et al. (2009)	60
Figure 6. Déroulement de l'étude	71
Figure 7. Dendrogramme de similitude des participants	79
Figure 8. Conduct of the study.....	110
Figure 9. Prevalence of seclusion and restraint before and after PSRR (% of patients).....	125

Liste des sigles

IC :	Isolement avec ou sans contention
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MHSI-UdeM :	Modèle humaniste des soins infirmiers – Université de Montréal
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
REPI :	Retour post-isolement

Liste des abréviations

Art. : Article

Etc. : Et cætera

Par ex. : Par exemple

*À ma mère,
celle qui m'a tout montré, m'a accompagnée,
et qui m'a ouvert tous les possibles
en m'apprenant à croire en moi.*

Remerciements

Bien que s'engager dans des études doctorales relève d'une décision personnelle, j'ai eu l'immense chance de partager ce cheminement avec plusieurs personnes que je tiens ici à remercier.

Mes premiers remerciements vont à ma directrice Caroline Larue. Ma confiance en sa rigueur intellectuelle et sa grande générosité m'avaient *a priori* convaincue de me lancer dans ce projet un peu fou. Mes apprentissages à ses côtés ont été nombreux, mais ce que je soulignerai ici est son ouverture d'esprit qui la pousse à se questionner chaque jour un peu plus sur la façon d'incarner les valeurs de la recherche participative au quotidien. Je me sens extrêmement choyée d'avoir été accompagnée par cette femme authentique qui est devenue une amie.

J'adresse aussi mes sincères remerciements aux membres du comité d'approbation et de l'examen général de synthèse, Marie-Josée Levert, Anne Bourbonnais et José Côté, qui m'ont menée à prendre du recul et à me questionner en proposant de nouvelles perspectives. De l'Université de Montréal, je désire aussi souligner la contribution de mes collègues Patrick Lavoie et Tanya Mailhot, car nos rencontres en fin de rédaction m'ont donné le dernier élan dont j'avais besoin.

Mes remerciements vont aussi aux organismes subventionnaires qui m'ont permis de me consacrer entièrement à mon projet doctoral par l'octroi de bourses d'études, soit le ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports (MELS), le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), le Fonds de recherche du Québec du Québec – Santé (FRQS), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et le centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM).

De l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, je remercie Janique Beauchamp qui a facilité mon intégration au milieu clinique et Maryse Nadeau qui a tout de suite cru en mon projet et qui a tout fait pour en faciliter la réalisation. Merci aux participants

de l'étude qui, par leur grande générosité, ont permis de se questionner ensemble sur les meilleures pratiques en isolement-contention.

Au cours des cinq dernières années, j'ai eu la chance d'évoluer au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal où j'ai eu beaucoup de soutien et de conversations inspirantes. Je pense particulièrement à Mathieu, Carole, Alima, Line, Christian, Julie, Emmanuelle, aux chercheurs et à tous les pairs de recherche de l'équipe du PIRAP que j'ai eu le plaisir de côtoyer.

J'en profite aussi pour souligner le soutien indéfectible de ma famille (Line, Jean-Noël, Nicole, Émilie et les petits Perreault). Au cours de mon cheminement doctoral, j'ai aussi été changée par la rencontre de mon grand et de mon petit amour, Claude et Elliot.

Mes derniers remerciements sont adressés aux utilisateurs de services parmi lesquels plusieurs s'impliquent pour améliorer les soins, certains allant même jusqu'à devenir pair aidant. À cet effet, j'ai une pensée toute spéciale pour Chad Chouinard et Patricia Clavet. Avec leur optimisme en le changement, leur grande sensibilité, leur générosité et leur authenticité, ils ont transformé ma façon de voir la recherche et ils ont nourri ma réflexion au fil de ce projet en lui donnant un sens.

Introduction

Cette thèse s'intéresse à la prévention des comportements agressifs menant à l'utilisation de l'isolement avec ou sans contention (IC) en santé mentale. Plus spécifiquement, elle vise le développement, l'implantation et l'évaluation du retour post-isolement. Une rédaction selon un mode de présentation par articles a été privilégiée. Cette thèse comporte quatre articles dont deux se trouvent dans le chapitre de la recension des écrits et deux autres dans le chapitre présentant les résultats.

Le premier chapitre introduit la problématique liée aux conséquences de la gestion des comportements agressifs qui mène parfois au recours à l'IC. Le deuxième chapitre vise d'abord à identifier les programmes de réduction de l'IC (article 1), puis s'attarde plus spécifiquement sur l'une de ses composantes, le retour post-isolement (article 2). Ce chapitre permet aussi d'établir les assises conceptuelles et théoriques de l'étude proposée. Le troisième chapitre explicite ensuite les choix méthodologiques qui mènent aux résultats présentés au quatrième chapitre. Celui-ci indique d'abord le contexte d'implantation de l'intervention (article 3), puis l'évaluation du développement, de l'implantation et des retombées (article 4). Enfin, le dernier chapitre est dédié à la discussion d'éléments qui n'ont pu être approfondis dans les articles de résultats.

Chapitre 1 : Problématique

En milieu psychiatrique adulte, le comportement agressif d'une personne hospitalisée peut mener à l'application de mesures de contrôle tel l'isolement avec ou sans contention (IC) par l'équipe soignante lorsque les mesures de remplacement ont échoué. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2015, p. 5) définit l'isolement comme une « mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement » et la contention comme une « mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap ». Des dérapages à l'égard de l'utilisation des mesures de contrôle ont été médiatisés dans plusieurs pays occidentaux dont la France, le Royaume-Uni et les États-Unis (Collectif des 39, 2015; Department of Health, 2012; Francis Report, 2013). Au Québec, la Protectrice du citoyen (2011) a indiqué, dans son rapport spécial sur les difficultés de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, que l'utilisation des mesures d'IC n'est pas toujours justifiée ou encore se prolonge pour une durée excessive. Ce constat est corroboré par des groupes de pression tels l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (2014) qui ont publié un manifeste sur l'absence de changement réel des pratiques en matière d'IC. Dans ce contexte, en tant qu'intervenante de proximité ayant un pouvoir décisionnel sur l'utilisation des mesures de contrôle, l'infirmière¹ se trouve devant l'obligation de questionner les pratiques usuelles.

1.1 Contexte éthique, légal et politique

Une réflexion éthique est engagée dans les différents milieux psychiatriques de la plupart des pays occidentaux. L'infirmière fait face à la dualité de son rôle : accompagner la

¹ Au cours de cette thèse, l'emploi du féminin « infirmière » a été choisi afin de faciliter la lecture, mais son emploi se veut inclusif du genre masculin.

personne dans son processus de rétablissement en développant une relation thérapeutique, mais aussi assumer une responsabilité décisionnelle pour assurer la sécurité de tous. Chaque prise de décision d'application d'IC est en soit un dilemme éthique opposant les meilleurs intérêts de la personne à ceux des autres patients et des intervenants qui sont à risque d'agression par celle-ci (Kontio et al., 2010). Dans ces circonstances, les principes de bienfaisance, non-malfaisance, justice et autonomie (Beauchamp & Childress, 2009) sont tous discutables sous l'égide de l'IC. De plus, en milieu psychiatrique, ces mesures coercitives sont appliquées sur une population vulnérable et déjà largement stigmatisée (Giordana, 2010).

La pratique de l'IC est encadrée par la législation tant sur le plan du consentement du patient que sur le plan du contexte d'application de la mesure de contrôle, particulièrement par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et la Loi sur les infirmières et infirmiers. En regard des articles de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* et du *Code civil du Québec* de laquelle la législation provinciale découle, la liberté de la personne et le droit au consentement et à la sécurité sont essentiels. En revanche, nous avons vu que d'un point de vue éthique, l'isolement avec ou sans contention peut difficilement concilier ces positions.

C'est à la lumière de ces constatations que le MSSS (2002) a proposé des orientations ministérielles ayant pour objectif la réduction, voire l'élimination, des IC. Ces orientations se déclinent en six principes directeurs venant encadrer l'article 118.1 se rapportant aux mesures de contrôle de la LSSSS. Entre autres, retenons que l'application des mesures de contrôle ne peut se faire que dans un contexte de risque imminent et qu'en dernier recours, la mesure appliquée doit être la moins contraignante, son application doit se faire dans le respect et la dignité tout en assurant la sécurité et le confort de la personne, et faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi par les établissements. En 2011, le MSSS récidivait en publiant un *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle* afin d'assurer la continuation de la mise en œuvre du plan d'action ministériel relatif à l'utilisation des mesures de contrôle en raison de la disparité de l'application des orientations ministérielles. Précisons que le MSSS (2011) préconise l'utilisation systématique d'un retour sur l'isolement ou d'une analyse postsituationnelle, bien qu'il n'y ait pas de modèle proposé ni d'évaluation.

Parallèlement aux orientations ministérielles, en 2012, la législation est venue accroître les responsabilités des infirmières en modifiant le Code des professions (L.R.Q., c. C-26) où l'article 37.1 stipule que la décision de l'application de l'isolement et de la contention est réservée aux médecins, infirmières, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues et psychoéducateurs, chacun en conformité avec son champ d'exercice.

1.2 Prévalence

Bien que l'IC soit légiféré comme une mesure de dernier recours, il appert que son utilisation est courante dans les milieux de soins psychiatriques. Une grande variabilité est observée quant à la prévalence de l'IC : selon une étude comparative entre différents pays, de 0% à 23% des patients ont fait l'expérience de l'IC au cours de leur parcours de soins en psychiatrie (Noorthoorn et al., 2015). Il est possible d'attribuer cet écart aux différences entre les méthodes de collecte de données (ex. : système informatisé ou dossier papier), les populations (ex. : psychiatrie générale ou soins intensifs), de même qu'à la diversité des mesures de contrôle examinées (ex. : inclusion ou exclusion des contentions chimiques). Au niveau national, l'Institut canadien d'information sur la santé (2011) a montré que 24% des personnes admises en santé mentale en Ontario ont subi une mesure de contrôle, statistiques incluant la contention chimique. Au Québec, la prévalence de l'IC en milieu hospitalier est peu documentée puisqu'il n'existe aucun registre provincial à cet effet. Il est donc impossible d'en présenter un portrait précis et de se positionner par rapport aux statistiques nationales et internationales. Une seule étude québécoise s'y est intéressée en évaluant la prévalence des IC par une étude rétrospective à partir d'une base de données intégrant tous les patients hospitalisés entre 2007 et 2009 dans un établissement psychiatrique (Dumais et al., 2011). Sur deux ans, ces auteurs ont obtenu une prévalence de l'isolement de 23,2% et de 17,5% d'isolement avec contention sur 2721 hospitalisations, statistiques qui se rapprochent des données canadiennes. Le recours à l'IC étant une pratique courante dans les milieux psychiatriques, il convient dès lors d'en évaluer les effets sur les différentes parties prenantes de l'intervention.

1.3 Conséquences de l'IC

La dernière revue systématique Cochrane sur l'IC démontre qu'aucune étude expérimentale n'a été réalisée sur l'efficacité clinique et la sécurité de l'IC chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves (Sailas & Fenton, 2000). Pourtant, les conséquences négatives ont largement été documentées, tant pour le patient, l'infirmière, que l'organisation. Chez les patients, ce sont les séquelles physiques qui ont entraîné le plus de polémique sur la place publique, à la suite de la série de publications du *Hartford Courant* qui a mis en lumière de nombreux incidents et plus de 142 décès liés aux mesures de contrôle (Weiss, Altimari, Blint, & Megan, 1998). Les conséquences les plus souvent décrites par les patients dans la littérature sont sur le plan psychologique : sentiments de honte et d'injustice, exacerbation de symptômes post-traumatiques et d'abandon et impression d'être négligé par l'infirmière (Haw, Stubbs, Bickle, & Stewart, 2011; Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013). De plus, certains patients développent une perception négative de l'institution psychiatrique menant à une réduction de l'alliance thérapeutique qui a pour conséquence une diminution de la fidélité au traitement (Steinert et al., 2010).

Non seulement les conséquences sur les patients sont préoccupantes, mais l'IC affecte aussi les infirmières, tant sur les plans personnel que professionnel (Bonner, Lowe, Rawcliffe, & Wellman, 2002; Larue, Piat, Racine, Ménard, & Goulet, 2010). En effet, les infirmières qui exercent un *leadership* en aval et en amont de l'épisode d'IC sont aux prises avec des émotions décrites comme inconfortables : sentiments de honte, de peur, de détresse et de crainte d'abuser des droits des patients lorsqu'elles ont à initier une procédure d'IC. Elles se questionnent sur la conciliation entre leur rôle de régulation sociale et leur rôle thérapeutique, et estiment que ces fonctions sont contradictoires (Vatne & Fagermoen, 2007). Sur le plan physique, les infirmières en santé mentale ont chaque année une chance sur dix d'avoir une blessure résultant de l'agression d'un patient (Foster, Bowers, & Nijman, 2007). Une étude qualitative a permis de valider ces résultats en contexte québécois : les infirmières ont rapporté se sentir traumatisées et à risque d'agression, avoir peur des blessures, vivre du stress, de la nervosité ainsi que de la culpabilité (Larue et al., 2010).

Sur les plans organisationnel et économique, les coûts sont liés à la surveillance et à la gestion des mesures d'IC ainsi qu'à l'absentéisme résultant des blessures des intervenants.

Aucune évaluation économique québécoise ou canadienne n'est à cet effet disponible. Une étude américaine a toutefois estimé que la facture s'élève à 300\$ US par événement IC pour un total de 3 millions par an (Lebel & Goldstein, 2005). Au Royaume-Uni, le fardeau économique des mesures de contrôle (incluant IC, médication au besoin, retrait et observation) a été évalué à l'équivalent de 190 millions de dollars canadiens par année (Papadopoulos et al., 2012).

1.4 Réduction des mesures de contrôle : le retour post-isolement

Conséquemment aux nombreux effets négatifs recensés, plusieurs programmes de réduction des IC ont été proposés (Fisher, 2003; Huckshorn, 2004; Stewart et al., 2010). Dans l'ensemble, ils comportent ces éléments : 1) *leadership* organisationnel, 2) éducation aux patients sur la prévention de l'agressivité, 3) formation des intervenants, 4) modification de l'environnement et 5) retour post-isolement. Certains de ces programmes ont été évalués et ont montré une réduction de l'IC ; en effet, leur implantation a résulté en une diminution moyenne de l'IC de 68% (Fisher, 2003; Huckshorn, 2004; Lewis, Taylor, & Parks, 2009). En revanche, en priorisant des pistes de solution plus globales, il est difficile de savoir si c'est l'ensemble du programme ou un seul de ses éléments qui est efficace.

Un des éléments prometteurs des programmes de réduction des mesures de contrôle, entre autres par sa capacité à favoriser la réflexivité de toutes les parties prenantes d'un épisode d'IC et d'ainsi initier un véritable changement de pratique, est le retour post-isolement (REPI). Le REPI comporte actuellement plusieurs appellations (débriefing, retour post-incident, retour post-événement, analyse postsituationnelle) et réfère généralement à une discussion ayant lieu une fois l'IC terminé, avec le patient ou l'équipe traitante, afin de gérer les conséquences de l'IC. La définition varie aussi selon les auteurs, mais trois composantes principales sont récurrentes, dont l'importance relative change selon le modèle : 1) une pratique réflexive centrée sur les étapes de la prise de décision, 2) un échange émotionnel en regard de l'intensité des émotions vécues lors de l'IC et 3) une projection des interventions futures dans un contexte apparenté. Plusieurs modèles de REPI ont été proposés dans la littérature qui peuvent être davantage centrés sur le patient (Bonner & Wellman, 2010), sur

l'équipe traitante (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales, 2006) ou sur à la fois le patient et l'équipe traitante (Huckshorn, 2004).

Les études sur l'expérience de l'isolement du patient (Cano et al., 2011; Kontio et al., 2012), de même que les études sur la perception des infirmières (Bonner & Wellman, 2010) identifient le besoin d'un retour sur cet événement. De plus, selon Mayers, Keet, Winkler, et Flisher (2011), l'expérience de détresse chez les patients est accrue par l'absence de REPI. Le REPI fait l'objet de recommandations selon la littérature scientifique (Bonner, 2008; Larue et al., 2013; Needham & Sands, 2010) et selon les lignes directrices des meilleures pratiques de nombreux pays (Australie, Canada, États-Unis, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni). Pourtant, un examen de sa fréquence et des composantes de l'intervention révèle que le REPI n'est pas intégré à la pratique des infirmières et que la nature de l'intervention diffère d'un intervenant à l'autre (Needham & Sands, 2010). Il est probable que parmi les éléments des programmes de réduction des IC, le REPI soit le plus difficile à implanter dans les milieux, bien que ces derniers manifestent un intérêt majeur pour le développement de cette intervention (Bonner & Wellman, 2010; Needham & Sands, 2010; Ryan & Happell, 2009). À cet effet, un sondage montre qu'il est perçu comme étant utile chez 97% du personnel et 94% des patients (Bonner & Wellman, 2010).

Les résultats de l'utilisation d'un retour sur l'événement auprès d'infirmières en santé mentale ont montré que l'expression des émotions ressenties par les infirmières mène au développement de pratiques réflexives: analyse critique des pratiques cliniques, exploration de la pertinence des habiletés thérapeutiques utilisées et promotion de pratiques sécuritaires (Morante, 2005). Une seule étude a tenté de mesurer spécifiquement l'efficacité du retour post-isolement par une étude quasi-expérimentale. Elle a pu démontrer une diminution significative des heures d'isolement dans le groupe expérimental (Whitecross, Seary, & Lee, 2013).

Le REPI est présenté comme un espace de discussion sur la pratique de la prévention des comportements agressifs qui susciterait une réflexion critique, laquelle est essentielle à l'amélioration de la prévention des IC et des interventions lors d'un épisode d'IC. Selon Le Coz (2007), le volet rétrospectif devient crucial lors de tout processus décisionnel: en retrait de la décision clinique, il permet d'aborder les situations futures autrement que sous le mode de

l'urgence, de l'automatisme ou de la fidélité au protocole et d'améliorer les décisions à venir. Il devient dès lors impératif de se questionner sur le potentiel réflexif d'une telle intervention.

1.5 Influences théoriques

L'intervention proposée, le REPI, participe de la réflexivité du patient, de l'infirmière et de l'organisation. En ce sens, la théorie de la structuration de Giddens (1987) influencera l'esprit de ce projet. Ce cadre théorique se base sur la réflexivité qui se produit de façon individuelle et collective, toujours dans le cadre d'une institution (Giddens, 1987, 1993). Cet auteur définit la réflexivité comme étant l'examen et la révision constante des pratiques, à la lumière des informations nouvelles concernant ces pratiques même, notamment par le biais d'un exercice de verbalisation des savoirs implicites (Giddens, 1987). De façon optimale, le choix d'une intervention rétrospective sur l'IC participerait de la réflexivité du patient, de l'infirmière et de l'organisation qui s'alimenteraient mutuellement et favoriseraient un changement de culture de l'unité vers une perspective compréhensive et holistique. En revanche, cette réflexivité ne peut s'actualiser dans la pratique que si elle est intégrée, cohérente et en harmonie avec le modèle de soin qui guide la pratique des infirmières.

À cet effet, le choix du Modèle humaniste de soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) comme perspective disciplinaire offre une perspective pertinente pour mener cette étude (Cara et al., 2016). Selon ce modèle, le centre d'intérêt de la discipline infirmière implique que « l'infirmière accompagne, d'une façon humaine, relationnelle et transformatrice, la Personne, qui en interaction avec le monde qui l'entoure, donne une signification unique à son expérience de santé » (Cara et al., 2016, p. 24). Le potentiel de cette relation transformatrice entre l'infirmière et la Personne qui est en interaction constante avec son environnement s'inscrit en continuité avec la théorie de la structuration de Giddens (1987). En effet, alors que ce dernier permet de comprendre de quelle façon la réflexivité a le potentiel de transformer les pratiques, le MHSI-UdeM mène à son opérationnalisation dans la pratique infirmière en postulant que la transformation prend forme dans la relation. L'intégration des deux concepts centraux au MHSI-UdeM, la Compétence et le *Caring*, s'articule notamment autour d'une pratique réflexive humaniste. Ainsi, la démarche de soins liée à cette perspective favorise à la fois la réflexivité de l'infirmière, mais aussi celle de l'établissement de santé qui prône le modèle humaniste. Dans l'optique de changer les

pratiques liées à la décision d'IC, il s'avère donc judicieux de choisir un modèle d'intervention de REPI qui influence les différents niveaux impliqués.

Somme toute, selon l'état actuel des connaissances, le REPI s'avère une pratique recommandée et bénéfique pour améliorer l'expérience de soins des patients et des infirmières, développer de meilleures pratiques et réduire l'incidence de l'IC (Fisher, 2003; Needham & Sands, 2010; Pollard, Yanasak, Rogers, & Tapp, 2007; Taxis, 2002). Toutefois, dans les milieux, le REPI est peu constant et rarement organisé (Needham & Sands, 2010). De plus, les programmes recensés sur la réduction des IC n'ont ni justifié l'emploi d'un modèle de REPI ni évalué de façon spécifique l'implantation et les retombées d'une telle approche sur la qualité des soins, d'autant moins au Québec. Des préoccupations subsistent sur l'implantation et les retombées de cette pratique. C'est donc au développement, à l'implantation et à l'évaluation d'un modèle REPI que s'intéresse le présent projet.

1.6 But de l'étude et questions de recherche

Le but de cette étude est de développer, implanter et évaluer le REPI auprès des intervenants² et des patients d'une unité de soins psychiatriques aigus afin d'améliorer leur expérience de soins. Plus spécifiquement, l'étude tentera de répondre aux questions suivantes :

- 1) Quel est le contexte d'implantation du REPI?
- 2) Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'implantation du REPI selon les patients et les intervenants?
- 3) Quelle est la perception des patients et des intervenants sur les modalités et les retombées du REPI?
- 4) L'implantation du REPI est-elle associée à une diminution de la prévalence et de la durée des épisodes d'IC?

^{2 2} Au cours de cette thèse, l'emploi du terme « intervenant » réfère aux personnes qui travaillent en proximité avec le patient, soit majoritairement les infirmières. Puisque la prévention des comportements agressifs repose sur un travail d'équipe, nous avons choisi une population qui intègre tous les intervenants de proximité.

Chapitre 2 : Recension des écrits

La problématique présentée en chapitre 1 a permis de démontrer l'importance d'améliorer les pratiques de prévention de l'agressivité en milieu psychiatrique, car elles peuvent mener, en dernier recours, jusqu'à l'utilisation de l'IC. Par conséquent, le premier article de cette thèse propose une revue systématique des études évaluant les programmes de réduction de l'IC afin d'en identifier les composantes et leur efficacité (article I). Parmi les composantes identifiées dans cet article, le REPI est une intervention récurrente des programmes de réduction de l'IC. Or, la problématique présentée en chapitre 1 ayant fait ressortir que les données probantes spécifiques sur le REPI sont limitées et n'ont pas été synthétisées, il est donc apparu nécessaire de resserrer la recension autour de ce concept. C'est pourquoi le deuxième article de la thèse a été consacré à un examen de la portée (*scoping review*) du REPI. Ces deux premiers articles mèneront à la clarification de ce que la communauté scientifique entend par REPI, ainsi qu'à la justification d'opter pour un modèle de REPI qui vise à la fois le patient et l'équipe. La dernière partie de la recension est dédiée aux ancrages théoriques et conceptuels de l'étude : les modèles des facteurs influençant la décision d'IC, le Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM et la réflexivité telle que définie par la théorie de la structuration selon Giddens (1987).

2.1 Des programmes de réduction des mesures de contrôle au retour post-isolement

Cette section de la recension des écrits couvre la littérature sur les interventions visant la réduction des IC, puis s'attarde plus spécifiquement à l'intervention de REPI.

2.1.1 Les programmes de réduction des mesures de contrôle : une revue systématique

Face aux conséquences de l'IC recensées tant pour le patient, les intervenants que pour l'organisation, différents programmes de réduction des IC ont été déployés dans les milieux de soins psychiatriques. Or, les connaissances sur la nature des programmes et sur leur efficacité sont disparates et n'ont pas été synthétisées sur la base d'une méthode rigoureuse. Ainsi, le but du premier article de cette thèse intitulé « Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review » est d'examiner l'efficacité et les composantes des programmes de réduction d'IC en santé mentale. L'article a été soumis en mars 2016 à la revue scientifique internationale *Aggression and Violent Behavior* qui dispose d'un comité de lecture par les pairs (annexe A). Pour cet article, l'étudiante-chercheuse a procédé à la conception du protocole, à l'évaluation de l'éligibilité des articles, à l'analyse des données, à l'interprétation des données et à la rédaction du manuscrit.

Auteurs : Goulet, M.H., Larue, C., Dumais, A.

Title: Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health:
A systematic review

Abstract :

Context: The effectiveness of seclusion and restraint (SR) reduction programs has not been well established.

Objective: To examine the effectiveness of SR-reduction programs in mental health settings.

Data sources: A systematic review of English and French articles using CINALH, Web of Science, PubMed, Medline, Embase, and the Cochrane Library. Additional studies were added by searching the references of identified papers.

Study selection: All evaluative studies on SR-reduction programs in mental health were included based on predefined criteria (n = 24 articles).

Data extraction: The data extraction of articles was performed using predefined data fields. The three authors conducted quality assessments independently.

Data synthesis: From the 24 articles analyzed, six key components were predominant in SR-reduction programs: 1) leadership, 2) training, 3) post-seclusion and/or restraint review, 4) patient involvement 5) prevention tools, and 6) therapeutic environment.

Conclusion: Despite the wide variability in SR indicators and methodological rigor, it remains that the outcomes argue in favor of SR-reduction program implementation.

Key words: seclusion, restraint, psychiatry, aggression management, systematic review

Context

The scientific literature shows that the prevalence of SR remains high, with 7% mean percentage of patients exposed to coercion, ranging from 0 to 23% (Noorthoorn et al., 2015; Steinert et al., 2010). Moreover, the adverse effects of SR are largely identified among patients and care providers (Hallett, Huber, & Dickens, 2014), and organizations (Papadopoulos et al., 2012). Thus, there is global consensus on the need to reduce the use of SR, especially since the latest Cochrane Review points out that the therapeutic value of SR has never been demonstrated (Sailas & Fenton, 2000). The factors involved in decisions to use SR are numerous and inter-related, and include characteristics of the patients, care providers, staff team, environment (internal and external to the hospital), and organization (Bowers, 2014; Larue, Dumais, Ahern, Bernheim, & Mailhot, 2009).

The relationships between factors involved in the use of SR are complex and need to be addressed at various levels. A systematic review of interventions reducing mechanical restraint found that combined intervention programs were the most likely to reduce the frequency of mechanical restraint, followed by cognitive milieu therapy, representing a 76% reduction in mechanical restraint (Bak, Brandt-Christensen, Sestoft, & Zoffmann, 2012). However, the content of multi-component approaches is known to vary widely (Stewart et al., 2010). In the only review of the literature addressing evaluations of SR reduction programs, Scanlan (2010) found that “in adult settings, broad-based programs that address the problem from a number of perspectives appear to be the most effective model.” Note, however, that what the author means by “program” remains unclear, and that it is a review of the literature without the methodological rigor of a systematic review. Furthermore, the review was published in 2010 and does not include more recent studies. Finally, there is the ethical problem of implementing programs whose effectiveness is unknown, with the result that stakeholders wishing to achieve SR-reduction in their settings do not have evidence-based programs to choose from.

The aim of this review was to examine the effectiveness of SR-reduction programs with adults in mental health settings.

Method

Protocol

The protocol was developed prior to the authors conducting the review and was based on the PRISMA Statement, which aims to ensure a transparent and systematic review of studies evaluating health care interventions (Liberati et al., 2009; Moher,

Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). The results are presented according to the PRISMA Statement.

Eligibility criteria

The eligibility criteria for *report characteristics* were that papers be in English or French, present evaluations of SR-reduction programs in adult mental health, and be published between 2010 and 2015, since the last literature review was conducted in 2010. For *study characteristics*, the studies had to have been conducted in an adult psychiatric setting, including forensic psychiatry. Intellectual disabilities, pedopsychiatry, and gerontopsychiatry were used as exclusion criteria, since SR in these contexts involves a different rationale. Interventions examined in this review were *SR-reduction programs*, defined by the authors as involving two or more activities aimed at reducing seclusion, restraint, violence, or aggression for inpatients and outpatients in mental health and forensic settings. For the purpose of this systematic review, seclusion was defined as “a control measure that consists in confining an individual to a location for a specific period of time and from which the person may not leave freely” (Ministère de la Santé et des services sociaux, 2015). Restraint was defined as “a control measure that consists in preventing or limiting a person’s freedom of movement by using human strength, any mechanical means or by depriving the person of an instrument used to offset a handicap.” (Ministère de la Santé et des services sociaux, 2015). No exclusion criteria for outcome measures or length of follow-up were imposed.

Information sources

Articles were identified by searching electronic databases. The search was conducted by a student from the *Department of Information and Library Science*, guided by her professor and the authors. Six databases were examined: CINAHL, Web of Science, PubMed, Medline, Embase, and the Cochrane Library. The first author examined reference lists of selected articles to ensure the completeness of the literature search. An example of the search strategy used to examine databases is presented in Table 1.

Table 1. Search strategy example (PubMed)

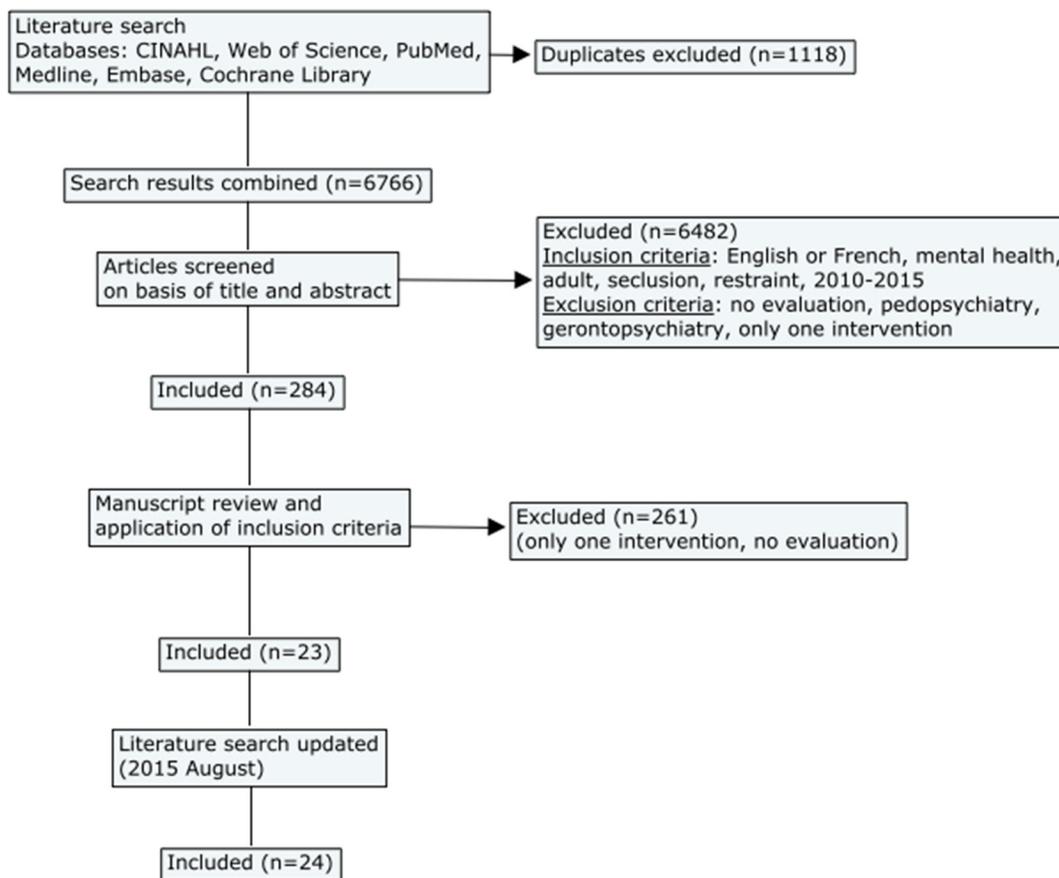
History		Download history Clear history		
Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#14	Add	Search (#12 NOT #13)	3116	10:58:10
#13	Add	Search (dementia [MH] OR Alzheimer disease [MH] OR dement* [TIAB] OR Alzheimer disease [TIAB] OR Alzheimer [TIAB])	150812	10:57:32
#12	Add	Search (#10 NOT #11)	3173	10:57:05
#11	Add	Search (Aged [MH] OR Health services for the aged [MH] OR (elder* [TIAB] OR "old person*" [TIAB] OR old* [TIAB]))	3192831	10:56:50
#10	Add	Search (#8 AND #9)	4344	10:56:02
#9	Add	Search 2010:2015 [DP]	4932766	10:55:44
#8	Add	Search (#1 AND #4 AND #7)	13440	10:55:27
#7	Add	Search (#5 OR #6)	145910	10:54:52
#6	Add	Search ((Hospitals, Psychiatric [MH] OR Organizational Culture [MH] OR Psychiatric Nursing [MH] OR Mental Health Services [MH]))	119284	10:54:19
#5	Add	Search ((Mental health [TIAB] OR Psychiatry [TIAB] OR (Psychiatric OR Mental) AND hospital*)) [TIAB] OR (Mental health AND (institution* OR service* OR facilit* OR nurs*)) OR (Psychiatric OR Psychosocial) AND Nursing)))	46304	10:54:04
#4	Add	Search (#2 OR #3)	5800453	10:53:35
#3	Add	Search (((Violence/prevention & control [MAJR] OR Behavioral Disciplines and Activities [MH] OR Behavior Control [MH] OR Restraint, Physical [MH] OR Immobilization [MH])))	778187	10:52:10
#2	Add	Search (((Control* [TIAB] OR Contention [TIAB] OR Isolat* [TIAB] OR Separat* [TIAB] OR Seclur* [TIAB] OR Confine* [TIAB] OR Limit* [TIAB] OR Immobiliz* [TIAB] OR Restrict* [TIAB] OR Restrain* [TIAB] OR Detent* [TIAB] OR Detain* [TIAB] OR Immure* [TIAB] OR (Physical AND (restraint OR immobilization OR duress) TIAB)))	5209078	10:51:40
#1	Add	Search (Reduc* [TIAB] OR Drop* [TIAB] OR Declin* [TIAB] OR Decreas* [TIAB] OR Minimiz* [TIAB] OR Shorten* [TIAB] OR Diminish* [TIAB])	4055854	10:50:39

Study selection

The first author initially screened the titles and abstracts of the 6,766 articles yielded by the database search (7,884 before duplicates), retrieving 284 papers. Eligibility assessment of these papers was performed independently by the first two authors, who reached high levels of inter-rater reliability ($\kappa = 0.91$) for 20% of the material. Disagreements between reviewers were resolved by consensus. The first author continued

the eligibility assessment, which yielded 23 papers. The search was updated in August 2015 for a total of n=24 studies (see Figure 1).

Figure 1. PRISMA flow diagram



Data collection process and analysis

Data was extracted from the selected articles by the first author using predefined data fields: author, location, design, study purpose, setting, sample, length of follow-up,

name of program, program component (leadership, staff training, review, patient involvement, prevention tools, environment), outcomes (SR rates and length, injury, aggression, perception, others), and risk of bias. The second author checked the extracted data for incongruities. Authors were contacted for missing data.

Studies were assessed for quality independently by the three authors using the revised Cochrane Risk of Bias Tool: random sequence generation, allocation concealment, blinding of participants and personnel, blinding of outcome assessment, incomplete outcomes data, selective outcomes reporting, and other sources of bias (The Cochrane Collaboration, 2011). Disagreements between authors were resolved by consensus.

Given the heterogeneity of identified outcomes, it was impossible to conduct planned methods of analysis to assess risk of bias across studies (measures of consistency, heterogeneity, and funnel plot with Egger's test). We were therefore unable to discuss missing studies or outcomes.

Results

Given that the study designs, programs, and outcome measures varied markedly, we focused on describing the studies, the programs implemented, and their results, rather than the planned meta-analysis.

Methods

Studies were conducted in the United States (n=11), Australia (n=4), the Netherlands (n=4), the United Kingdom (n=3), Sweden (n=1) and Finland (n=1). Study designs included randomized controlled trials (RCT) (n=2), quasi-experimental studies

(n=5), before-and-after studies (n=15), and qualitative studies (n=2). The mean length of follow-up was 5 years after program implementation (6 months to 13 years, median of 4 years). Samples were taken primarily from mental health hospital units and staff (n=20), and forensic settings (n=4). Few studies focused on patient perspective (Björkdahl, Hansebo, & Palmstierna, 2013; Borckardt et al., 2011; Ching, Daffern, Martin, & Thomas, 2010). The quality assessed by the Cochrane Risk of Bias Tool indicated a mostly high risk of bias. Within the two RCTs, Bowers et al. (2015) obtained a summary assessment outcome presenting a lower risk of bias.

Outcomes

Primary outcomes focused on seclusion and restraint, while secondary outcomes mainly addressed injury, aggression, and perceptions (See Table 2). Overall, SR-reduction, whether significant or not, was observed in almost all the studies analyzed, without an increase in injury and aggression.

Table 2. Seclusion and restraint reduction programs: components and outcomes

Authors	Design (risk of bias) ³	Program	Leadership	Training	Review	Patient	Tools	Environment	Seclusion	Restraint	Injury	Aggression	Others
Putkonen et al. (2013)	RCT (H)	Six Core Strategies	x	x	x	x	x	x	-pt-days with SR 30% to 15% ↓* -SR-time ↓*			↓	
Bowers et al. (2015)	RCT (L)	Safewards Model		x	x	x	x	x	26.4% ↓* (SR)			15% ↓* (conflict events)	Perception
Borckardt et al. (2011)	Multiple-baseline design (H)	Engagement Model	x	x		x	x	x	82.3% ↓* (SR)				Perception
Ashcraft, Bloss, and Anthony (2012)	Quasi-experimental (H)	No Force First	x	x		x	x	x		0.45% for experimental group (EG) vs. 3.9% control group (CG)s			
Beezhold et al. (2010)	Quasi-experimental (H)	Intervention to reduce violence	x		x					28% ↓ for EG vs. 12% ↑ for CG		34% ↓* for EG vs. 3% ↑ for CG	↓ in constant observation
Björkdahl et al. (2013)	Quasi-experimental (H)	Bergen Model	x	x	x	x							↑* for staff and no difference for pt.
Boumans et al. (2014)	Quasi-experimental (H)	Methodical Work Approach	x	x		x			-15 to 3* /1,000 pt. days - duration: ↓* 934 to 62h /1000 pt days.				
Allen et al. (2011)	Before/After (H)	Staying Safe Program	x	x	x						For staff: 29% ↓	↓4%	Code grey ↑11%

³ Risk of bias : at high risk (H), at low risk (L)

Authors	Design (risk of bias) ³	Program	Leadership	Training	Review	Patient	Tools	Environment	Seclusion	Restraint	Injury	Aggression	Others
Ash, Metcalfe, and Burton (2014)	Before/After (H)	Recovery-based practises	x	x	x	x	x		-↓28 % to 15% of admissions - duration: 4h to 4.2h				
Blair and Moulton-Adelman (2015)	Before/After (H)	Engagement Model: recovery-oriented model	x	x	x	x		x	n=38 (2000) to n=0 (2013)	n=101 (2000) to n=13 (2013)			
Ching et al. (2010)	Before/After (H)	A suite of interventions	x	x	x	x	x	x	↓* in episodes/month and total hours/month			no * change	no* change in staff perception
E-Morris et al. (2010)	Before/After (H)	Nurse-Directed Care Model	x		x		x	x	15% ↑ for CG, 10% ↓ for EG				Staff knowledge of their client: 40% ↑* Environmental change: ↑*
Georgieva, de Haan, Smith, and Mulder (2010)	Before/After (H)	Newly developed PICU focused on non-coercion	x	x	x	x	x	x	40% to 0.1% ↓ day/patient				
Goetz and Taylor-Trujillo (2012)	Before/After (H)	Patient-Focused Intervention Model (based on Six Core Strategies)	x	x	x,	x		x	50% SR ↓ 1 st year, 75% SR ↓ in the 1 st two years		48%↓		↓of Code Gray events Staff safety survey scores ↑in 5 of 10 areas
Madan et al. (2014).	Follow-up study (Before/After) (H)	Multicomponent intervention	x	x		x	x	x	↓SR 82.3% followed by a stabilization				
Maguire et al. (2012)	Before/After (H)	Six Core Strategies	x	x	x	x	x	x	Only graphics: patients, hours				

Authors	Design (risk of bias) ³	Program	Leadership	Training	Review	Patient	Tools	Environment	Seclusion	Restraint	Injury	Aggression	Others
Mann-Poll et al. (2013)	Before/After (H)	Seclusion Reduction Program	x	x	x								↑* ethics and more care.
Qurashi, Johnson, Shaw, and Johnson (2010).	Before/After (H)	Clinical Governance Program	x	x	x		x	x	67% ↓ in # of episodes			Major: 63% ↓, moderate to minor: 40% ↓	
Trauer, Hamilton, Rogers, and Castle (2010)	Before/After (H)	Management of Acute Arousal Program	x	x	x		x		-Rates comparable				
Vruwink, Mulder, Noorthoorn, Uitenbroek, and Nijman (2012)	Before/After (H)	Nationwide program to reduce seclusion in psychiatric hospitals	x	x				x	- 3.3% annual ↓* (1998-2005), - 4.7% annual ↓* (2006-2009)				1.8 to 5.1% annual ↑ # of involuntary medications or hospitalization
Wale, Belkin, and Moon (2011)	Before/After (H)	SR Reduction Initiative (based on the Six Core Strategies)	x	x	x	x	x	x	- .44 to .032 / 1,000 pt-h - Duration ↓ by 27% / 1,000 pt-h - Duration / episode: 43% ↓	- no change*	Patient: 56% ↓		
Wieman, Camacho-Gonsalves, Huckshorn, and Leff (2014).	Before/After (H)	Six Core Strategies for Reduction of Seclusion and Restraint	x	x	x	x	x		↓* by 17% ↓*hours by 19% (for stabilized groups, n=28)	↓*by 30%, ↓hours 55%			Dose effect hypothesis: supported for S hours and % restrained

Authors	Design (risk of bias) ³	Program	Leadership	Training	Review	Patient	Tools	Environment	Seclusion	Restraint	Injury	Aggression	Others
Chandler (2012)	Qualitative design (H)	Trauma-informed approach (based on the Six Core Strategies)	x	x	x	x	x						5 categories of the structural empowerment model: - Leadership creating opportunities available for staff to develop new knowledge - Information on trauma-informed care - Support for feedback - Resources - Better relationships with patients
Huckshorn (2014)	Phenomenological (H)	Six Core Strategies	x	x	x	x	x	x					1) Critical roles of leadership 2) Ability to change their beliefs and behaviors 3) Ability to build a shared vision 4) Identification and resolution of key challenges 5) Use of a solid performance improvement lens 6) lessons learned

Programs

The implemented programs varied from one setting to another. Most were recovery-oriented programs (Ash et al., 2014; Ashcraft et al., 2012; Blair & Moulton-Adelman, 2015; Borckardt et al., 2011; Ching et al., 2010; E-Morris et al., 2010; Georgieva et al., 2010; Qurashi et al., 2010). A modelization of a recovery-oriented program was the Six Core Strategies, developed by Huckshorn (2004); its adaptations were the most often implanted programs (Goetz & Taylor-Trujillo, 2012; Maguire et al., 2012; Putkonen et al., 2013; Wale et al., 2011; Wieman et al., 2014). From the 24 articles analyzed, six key components were predominant in SR-reduction programs: 1) leadership, 2) training, 3) post-seclusion and/or restraint review, 4) patient involvement 5) prevention tools, and 6) therapeutic environment (See Figure 2).

Figure 2. Components of seclusion and restraint reduction programs



Table 3 proposes definitions for key components of SR-reduction programs and includes examples to illustrate the application of each component.

Table 3. Components of seclusion and restraint reduction programs: definitions and examples

Component	Definition	Examples
Leadership	Willingness of managers and clinicians to apply an SR-reduction philosophy.	<ul style="list-style-type: none"> - organizational: change in protocols and internal policies, clarification of institutional mission and values - clinical: use of “champions,” participatory approach
Training	Instruction given to improve the skills of those involved in the management of aggressive behavior.	<ul style="list-style-type: none"> - health care providers: training in de-escalation techniques, changing philosophies of care - patients: anger management techniques
Post-seclusion and restraint review	A complex intervention taking place after an SR episode targeting the patient and the health care providers to enhance the care experience and result in meaningful learning for the patient, team, and organization (Goulet & Larue, 2016)	<ul style="list-style-type: none"> - debriefing with the patient - review within the health care team - review within the organization
Patient involvement	Participation of patients in the continuum of care (care received in their organization).	<ul style="list-style-type: none"> - involvement in the care plan - support workshops conducted by patients - patient partners in management committees
Prevention tools	Use of various tools, assessments, and strategies incorporated into the setting’s policies and procedures.	<ul style="list-style-type: none"> - de-escalation techniques - communication techniques - safety plan - <i>risk assessment tool</i>
Therapeutic environment	Physical changes to facilitate patient-patient and patient-staff interaction (Borckardt et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> - repainting walls with warm colors, decorative throw rugs, and plants - single rooms with bathroom facilities - recreational facilities (access to an enclosed garden area and sports facilities)

Discussion

Seclusion and restraint

Restraint and seclusion rates were the most commonly used indicators of SR-reduction; however, their measurement varied from study to study, making comparisons difficult. Although the evidence was not sufficiently robust to determine the effectiveness of SR-reduction programs, we may still affirm that SR rates and length are significantly decreased with the implementation of such programs.

Programs

The Six Core Strategies program, used since 2004, provides the most evidence since it is the most frequently implemented model, adopted by 43 inpatient facilities in the United States and several initiatives in Finland, Australia, the United Kingdom (Lebel et al., 2014; Wieman et al., 2014). Note, however, that the Safewards Model (Bowers, 2014) is the most recently developed program and is extremely promising given its strong theoretical foundation and the rigor with which it has been assessed.

Key components of the programs

Several patterns across programs were identified through our systematic review, involving leadership, formation, review, prevention tool, patient involvement, and therapeutic environment. The findings of our review corroborate conclusions drawn by other researchers. Scanlan (2010) identified seven components: 1) policy change/leadership, 2) external review/debriefing, 3) data use, 4) training, 5) consumer involvement, 6) increase ratio in staff, and 7) program changes. In our analysis, *data use* is a dimension of the leadership concept, and *program changes* are integrated with the therapeutic environment.

It is interesting to note that the component *increase ratio in staff* is absent from our analysis but was a key component in the literature reviews by Stewart et al. (2010) and Scanlan (2010). In this regard, the study by Bowers and Crowder (2012) subsequently showed that a rise in the number of nurses preceded rather than followed an increase in conflict and containment. It is logical then that this component would be absent from our study.

Leadership is a core element, which is consistent with qualitative studies that identify it as a central theme in the evaluation of SR-reduction programs (Chandler, 2012; Huckshorn, 2014). According to Duxbury (2015), organizational leadership is indeed a prerequisite for successfully changing approaches to aggression.

None of the programs reviewed discussed the use of medication as an alternative intervention. However, one study evaluated chemical restraint (Ashcraft et al., 2012). Since it was the only program applying this method, it is impossible to draw conclusions regarding its use. Furthermore, one might suppose that SR-reduction is linked to increased use of PRN medication. In the previous literature reviews, only Stewart et al. (2010) found medication to be an intervention to reduce the use of mechanical restraint, but not as a part of a program. This raises the question of medication as chemical restraint or alternative measure; the ambivalence of this relationship may explain the difficulty in treating this issue.

Relevance

The relevance of this systematic review to service users is to show evidence that the implementation of SR-reduction programs enhances the quality and safety of care. For health care providers, this systematic review serves to highlight the importance of integrating a variety of interventions to improve quality of care. While qualitative studies on the perception of care providers often emphasize their safety concerns in the event that control measures are reduced

(Duxbury, 2015), a secondary outcome of this review is to show otherwise: aggression and injury rates do not increase following implementation of an SR-reduction program. The common assumption that the use of SR is justified because it keeps people safe (Duxbury, 2015) can be dispelled through staff training. In addition, our results showed that strong leadership is needed to achieve structural changes in terms of new policies, use of data, and follow-up of incidents. Readers are encouraged to consider the applicability of these results for their own patients and settings (e.g., pedopsychiatry, intellectual disabilities). The implication for research is linked to the willingness of researchers to embrace the challenge of evaluating these programs using a rigorous research design.

Limitations

As with any systematic review, the main limitation of our paper is that patient populations, interventions, and outcomes differ across studies. Furthermore, the wide range of SR indicators identified makes it impossible to conduct a meta-analysis. As noted in previous literature reviews, methodological issues are prevalent. From the two RCTs identified, only Bowers et al. (2015) reached a low risk of bias. The majority of studies had a pre-post design based on observational studies with retrospective analysis, with some studies having no statistical analysis and others having no analysis explanation.

At a review level, the search was limited to articles published from 2010 to 2015; it is thus possible that some local programs or initiatives were missed by the authors. Furthermore, it was impossible to assess bias across studies, and the summary assessment of outcomes within studies indicates that the proportion of information from studies at high risk of bias is sufficient to affect interpretation of the results.

Conclusion

Despite the limitations of this systematic review and the need for caution in interpreting the results, evidence argues in favor of programs that reduce the SR use without impacting the safety of health care providers. This conclusion corroborates the last systematic review, which states that reduction programs are successful in reducing SR use, while maintaining a safe environment (Scanlan, 2010). Given the coercive nature of SR interventions, programs proven to reduce SR use without increasing aggression and injuries should be strongly encouraged. The merit of this systematic review lies not only in identifying the main components of SR-reduction programs, but also in showing strong evidence for the need to intervene on several fronts at once. Duxbury (2015) also stresses that a combination of interventions to minimize the use of restraint is necessary at organizational and individual levels. The fact remains that little evidence exists on the relative effectiveness of the components of an SR-reduction program: Is the program effective or instrumental? Which elements of a successful program most influence outcomes? Using multiple baseline RCT, Borckardt et al. (2011) attempted to assess which elements caused significant reduction in the use of SR; only changes to the physical environment were associated with a significant reduction. Other studies must address this methodological issue. Given the complex relationship between the various factors in decisions regarding SR use, is it realistic to be able to control all the variables of program? The negative answer to this question explains why the research designs of the majority of studies examined in this systematic review were descriptive.

Acknowledgements

Doctoral grants were received from the Canadian Institutes of Health Research and the Quebec Nursing Intervention Research Network (Goulet, M. H.).

We especially wish to thank Ms. Sarrah Osama for her contribution to the literature search.

The authors have declared no conflict of interest.

References⁴

⁴ Les références de l'article ont été retirées et sont comprises dans les références générales de la thèse.

2.1.2 Le retour post-isolement : un examen de la portée

La revue systématique sur les articles évaluant les programmes de réduction de l'IC a mené à l'identification des six principales composantes de ces programmes, soit le *leadership*, la formation, le retour post-isolement, l'engagement du patient, les outils de prévention et l'environnement thérapeutique. Or, bien que le REPI soit présent dans 79% de ces études, rappelons que la problématique (chapitre 1) avait fait ressortir que cette intervention était potentiellement pertinente, mais peu systématisée dans les milieux. Ainsi, puisqu'une synthèse des écrits sur le REPI était absente de la littérature, nous en avons proposé un examen de la portée (*scoping review*) qui constitue le deuxième article de la thèse doctorale. Cet article avait pour but d'examiner les modèles existants de REPI, leurs assises théoriques et les retombées de l'intervention. L'apport principal de cet article aux savoirs existants réside par sa proposition d'une définition du REPI, mais aussi d'une typologie (REPI centré sur le patient, l'équipe de soins, ou les deux à la fois). De plus, en affirmant que la filiation théorique de ce concept découle du débriefing en psychologie et de la pratique réflexive en sciences infirmières, ce *scoping review* a souligné l'importance de la dimension réflexive de cette intervention qui devrait à la fois impliquer le patient et l'équipe de soins. Cet article a été publié en 2016 dans la revue *Archives of Psychiatric Nursing* sous le titre « *Post-seclusion and/or restraint review in psychiatry: A scoping review* » (annexe B). Le rôle de l'étudiante-chercheuse pour cet article a été de procéder à la conception du protocole, à la recension dans les bases de données, à l'évaluation de l'éligibilité des articles, à l'analyse des données, à l'interprétation et à la rédaction du manuscrit.

Auteurs : Goulet, M.H., Larue, C.

Post-seclusion and/or restraint review in psychiatry: A scoping review.

Abstract:

Context. It has been suggested that after an incident in which a patient has been placed in seclusion or in restraints, an intervention should be conducted after the event to ensure continuity of care and prevent recurrences. Several terms are used and various models have been suggested for post-seclusion and/or restraint review; however, the intervention has never been precisely defined. **Objective.** This article presents a scoping review on post-seclusion and/or restraint review in psychiatry to examine existing models and the theoretical foundations on which they rely. **Method.** A scoping review of academic articles (CINAHL and Medline database) yielded 28 articles. **Results.** Post-seclusion and/or restraint review has its origins in the concepts of debriefing in psychology and reflective practice in nursing. We propose a typology in terms of the intervention target, including the patient, the health care providers, or both. **Implications.** The analysis found that the review ought to involve both the patient and the care providers using an approach that fosters reflexivity among all those involved in order to change the practice of seclusion in psychiatric settings.

Keywords: mental health care, post-seclusion and/or restraint review, reflective practice, restraint seclusion, scoping review

1. INTRODUCTION

In adult psychiatric settings, when other measures fail, aggressive inpatient behaviour may result in the treatment team placing the patient in seclusion and/or restraints (SR). The Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2011, p. 6) defines seclusion as a “A control measure that consists in confining an individual to a location for a specific period of time and from which the person may not leave freely,” and restraint as a “A control measure that consists in preventing or limiting a person’s freedom of movement by using human strength, any mechanical means or by depriving the person of an instrument used to offset a handicap.” However, as has been widely documented, SR has adverse physical and psychological consequences for patients. The physical consequences in particular sparked a major public debate after the *Hartford Courant* published an exposé revealing numerous adverse incidents, including more than 142 deaths linked to the application of control measures (Weiss et al., 1998). Also of concern though are the effects of SR on nurses, both on a personal and professional level (Bonner et al., 2002; Larue et al., 2010). Nurses who play a key role in the circumstances leading up to and in the aftermath of SR episodes must deal with emotional discomfort, including feelings of shame, fear, and distress and concern they may be abusing patients’ rights when they initiate an SR procedure.

Mindful of these adverse outcomes, best practices in SR have thus incorporated a post-seclusion and/or restraint review (PSRR). Several SR reduction programs have been advanced (Ashcraft et al., 2012; Azeem, Aujla, Rammerth, Binsfeld, & Jones, 2011; Huckshorn, 2004; Stewart et al., 2010). These generally include the following components: organizational leadership, patient education on aggression management, staff training, changes to the environment, and post-seclusion and/or restraint review. For the programs that have been

evaluated, the findings show a 50% to 75% reduction in the application of SR (Fisher, 2003; Huckshorn, 2004; Lewis et al., 2009; Putkonen et al., 2013; Wieman et al., 2014). However, the emphasis on comprehensive solutions makes it difficult to determine whether their efficacy might be due to the program as a whole or to one of its components. Moreover, despite the great interest in the development of PSRR, it seems to be the most difficult component to implement (Needham & Sands, 2010). Studies on patients' experience of seclusion (Cano et al., 2011; Kontio et al., 2012) and nurses' perceptions of SR (Bonner & Wellman, 2010; Larue et al., 2010; Secker et al., 2004) highlight the need to perform reviews of such events. As well, Mayers et al. (2011) have found that patients experience greater distress when PSRR is not conducted.

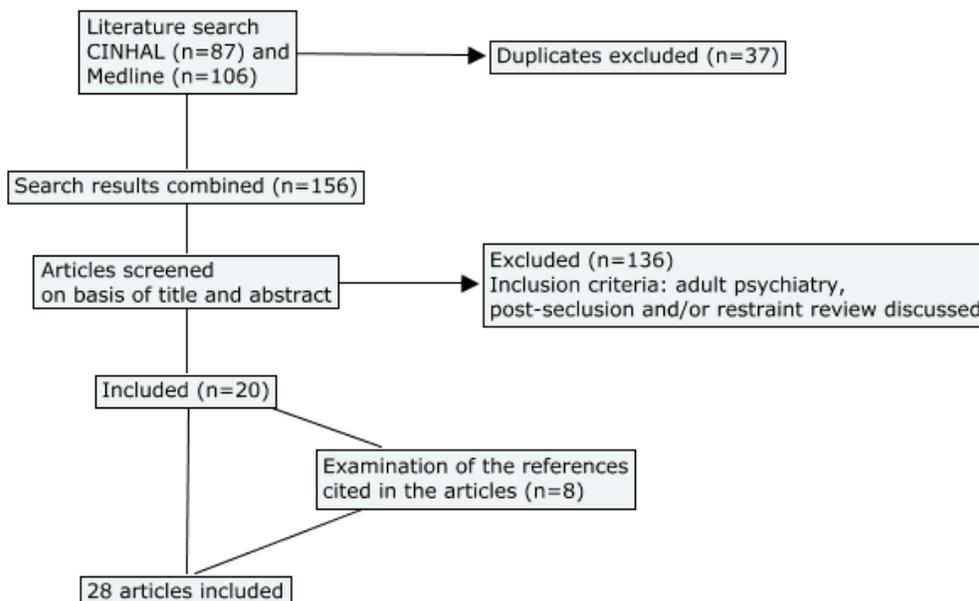
On the whole, according to the research, PSRR is highly recommended and vital to improving the care experience for both patient and staff, developing best practices, and reducing the incidence of SR (Bonner, 2008; Fisher, 2003; Huckshorn, 2004; Needham & Sands, 2010; Pollard et al., 2007; Taxis, 2002; Taylor & Lewis, 2012). The practice is widely promoted in SR guidelines, although its effects have not yet been reported in a systematic review. However, the definition of PSRR and the process vary from study to study and cannot be properly tested until it has been clearly defined. The aim of this scoping review is to examine existing models and the theoretical foundations on which they rely.

2. METHOD

A comprehensive scoping review was carried out to answer the following question: what is known on post-seclusion and/or restraint review in psychiatry? According to a Cochrane review, this method is relevant to explore the extent of the literature in a specific domain (Armstrong, Hall, Doyle, & Waters, 2011). The following steps are included: 1) identifying the

research question and relevant studies, 2) charting the data, and 3) summarizing the results. A scoping review of English and French articles was carried out using the search strategy (MH “Psychiatric Care”) OR (MH “Psychiatric Nursing+”) OR (MH “Mental Health Services+”) AND (MH “Debriefing”) OR (MH “Post seclusion”) OR (MH “Post incident”) OR (MH “Post event”) OR (MH “Aftermath”). A date range was not used since this was an exploratory process. The result was 87 articles from the CINAHL database and 106 articles from Medline (37 were duplicates). Following discussions between the two authors, the inclusion criteria were refined, limiting the review to articles in English or French, adult psychiatry, and to articles that discussed the concept, its process, or its evaluation. Out of 156 articles, 20 were retained for further analysis. Since there are few empirical studies on PSRR, the review was broadened to include studies on debriefing by examining references cited in the articles (n=8), for a total of 28 articles. The results are presented according to the analysis of emerging themes.

Figure 3. Flow diagram of study selection



3. RESULTS

3.1 Study description

Studies identified focusing on PSRR are mostly qualitative and descriptive, with only one proposing an experimental design. They are conducted in acute psychiatric inpatient units, mainly in Australia, the UK, the US, and Canada. PSRR is discussed based on patient and staff experiences, as an intervention *per se* (Table 4) or as a component of a program (Table 5).

Table 4. Studies reporting post-seclusion and/or restraint review

Authors	Aim of the study	Method	Intervention	Main results
Bonner et al. (2002) UK	To establish the feasibility of using semi-structured interviews with patients and staff in the aftermath of untoward incidents involving physical restraint and to gather information on the factors patients and staff groups found helpful and unhelpful.	Descriptive Semi-structured interviews with patients (n=6) and staff (n=12)	Postincident debriefing	- PSRR valued by all but not systematic. - Patients: kindness in the staff is perceived helpful, but they feel ignored and unheard particularly in the aftermath. -Staff: the aim is for reviewing the events and evaluating decisions and actions taken. Can be formal or informal. - Need to establish policies and mechanisms for afterincident debriefing to all staff and patients involved.
Secker et al. (2004) UK	To take a more systemic approach by treating violent and aggressive incidents as social interactions and by seeking to understand the social contexts in which they took place.	Descriptive (n=15 staff)	Discussion	- Little attempt to reflect on and learn from the incidents, either with the clients involved, or as a staff team. - Discussion in the aftermath in 7/11 cases. - The aim is to correct the client's behaviour, rather than exploring what had happened from the client's perspective or considering how it might have been avoided. - 3 steps required following an aggressive incident: emotional support; critical reflection and learning; pursuit of accountability.
Prescott et al. (2007) USA	To describe the use of rapid response teams to reduce the use of mechanical restraints	Action research	Restraint response meetings rapid team	- On a 6-week rapid cycle change process, reduction of mechanical restraints by 36.4%. - Opportunities for real-time supervision and experiential learning.
Allen et al. (2009) USA	To describe a standard meeting time and place for an executive-level review of every episode of seclusion and restraint	Descriptive Data collected for 3 years	Executive-level review (witnessing)	Demonstrates the organization's commitment, provide data about factors, promotes creative thinking, collaborative problem solving and the exploration of new ideas recommended by those directly involved.

Authors	Aim of the study	Method	Intervention	Main results
Ryan & Happell (2009) Australia	To describe current clinical practice and explore debriefing needs as expressed by consumer consultants and mental health nurses in order to consider the desirability of developing a training program to facilitate post-seclusion debriefing.	Exploratory, action research Focus group with mental health nurses (n=31) and consumer consultants (n=4)	Post-seclusion debriefing	<ul style="list-style-type: none"> - Consumer consultants need more emotional support from debriefing to deal with negative feelings. - A range of informal and unstructured approaches is used for debriefing, but not always meet consumer consultant preferences (who, when and what).
Bonner & Wellman (2010) Australia	To evaluate whether staff and inpatients had found postincident review helpful after incidents involving restraint.	Survey design with Staff (n = 30) and inpatients (n = 30)	Postincident review	<ul style="list-style-type: none"> - 97% of staff and 94% of patient agreed the review was useful. - 87% of staff and 60% of patient agreed the review had allowed them to think about how the incident had been managed.
Needham & Sands (2010) Australia	To investigate the frequency and type of post-seclusion debriefing provided by nurses	Exploratory Retrospective file audit on case files (n=63) Criteria within 3 days: support and reassurance, counseling, ventilation, physical support and psychoeducation.	Post-seclusion debriefing	<ul style="list-style-type: none"> - 58.8% had PSRR (presence of one of the five criteria) - More female consumers (70%) - Only 23,5% of males have more than one criteria - Most frequent criteria: support/reassurance” and counseling - An explicit mention of post-seclusion debriefing in 1/63 cases.
Larue et al. (2010) Canada	To explore and describe nursing interventions performed during episodes of seclusion with or without restraint in a psychiatric facility and examine the relationship between the interventions’ local protocols and best-practice guidelines.	Descriptive Semi-structured interviews with nurses (n=24)	2 activities: Post-event review with the patient Post-event review with healthcare team	<ul style="list-style-type: none"> - Only 9/24 reported to review incident with the patients. - Aim is an explication, not seeking client’s experience or trying to find alternatives - Reviews with the team only if problems have been encountered to adjust the interventions and no discussion on emotions. - 3 main elements: reflective practice focusing on the steps of the decision-making process; a discussion of emotions; and projections for future interventions in similar circumstances

Authors	Aim of the study	Method	Intervention	Main results
Larue et al. (2013) Canada	To understand the perception of patients regarding application of the seclusion and/or restraint protocol.	Exploratory descriptive study A survey using a Likert scale in individual face-to-face with 6 questions regarding PSRR n=50 patients	2 activities: Post-event review with the patient Post-event review with healthcare team	- Nearly all patients perceived that the health care team did not follow-up with them after seclusion - Patients agreed only “somewhat” with statements about post-seclusion follow-up (1.61, SD = 1.08), follow-up regarding feelings (1.56, SD = 0.97) and discussion to understand what had happened (1.6, SD = 0.87)
Whitecross et al. (2013) Australia	To identify the impacts seclusion has on an individual and measure the effectiveness of a post-seclusion counselling intervention in mitigating the experience of seclusion-related trauma and reducing time spent in seclusion.	- Before and after with a comparison group - Self-reported experience of trauma symptoms using the Impact of Events – Revised Intervention group (n=17) Comparison group (n=14)	Single-session post-seclusion counselling: counselling, ventilation, support and reassurance, screening physical adverse effects, psychoeducation, factors, how to avoid	- trauma symptoms : not significant - number of seclusion episodes : not significant (t (15.6)=0,95, P=0.36) - time in seclusion : significantly fewer (t(29)= 2.70, p=0.01)

Table 5. Studies reporting post-seclusion and/or restraint review as a part of a program

Authors	Aim of the study	Method	PSRR of the program	Main results
Fisher (2003) USA	To describe elements of a successful restraint reduction program and their application.	Descriptive Seclusion rate (expressed in physicians orders per 1000 recipients days)	2 types of post-event discussions. - post-event analysis - debriefing with the recipient and his regular treatment team	- Reduced SR rate by 67% over a period of 2 years. - Both staff and recipients (> 90%) endorsed the value of post-restraint debriefings in preventing repeat occurrences.
Huckshorn (2004) USA	To present core strategies for reduction of seclusion and restraint use in mental health settings based on a prevention approach.	<i>Not described</i>	Debriefing procedures: - immediate post-incident review - formal analysis of the incident - patient debriefing	6 core strategies: 1) leadership, 2) use of data, 3) workforce development, 4) assessment and prevention tools, 5) involvement of consumers/family members, 6) event-debriefing procedures.
Ashcraft, Bloss & Anthony (2012) USA	To describe the implementation and the evaluation of a “no force first” policy, an active program to avoid and eliminate the use of force, including seclusion, mechanical restraint, and pharmacological restraint and forced medication.	Descriptive, pre and post Over a 58-month follow-up Number of seclusion and restraint episodes	Debriefing with the consumer Critical incident review	- Larger center took 10 months until a month registered 0 seclusions and 31 months until 0 restraints. - Smaller center took 2 months and 15 months. - Staff learned to listen closely to people and to give them what they were asking for whenever possible. - Informed new crisis intervention and de-escalation training manual.
Putkonen et al. (2013) Finland	To study the feasibility of preventing coercive measures without violence for males with schizophrenia in applying six core strategies.	Cluster-randomized controlled trial 2 intervention wards 2 control wards	Postevent analysis	- Patient-days with SR or room observation: declined from 30% to 15% for intervention wards vs 25% to 19% for control wards. - SR time decreased from 110 to 56h per 100 bed patient-days vs an increase of 133 to 150h for control wards
Lewis et al. (2009) USA	To describe an evidenced-based performance improvement program that resulted in a decrease in the use of SR.	Descriptive pre/post Hours of seclusion Hours of restraint	Witnessing program: immediate post event debriefing formal and rigorous interview	- 75% reduction in the use of SR. - Decrease of restraint ranging from 20-97%. - Decrease of seclusion of 30-63%. - No increase in patient or staff injuries.

Authors	Aim of the study	Method	PSRR of the program	Main results
Maguire et al. (2012) Australia	To present the initiatives that were introduced during a seclusion reduction project based on the six core strategies that was undertaken.	Descriptive pre/post Number of seclusion events and secluded Hours of seclusion/month	- Post-seclusion debriefing - Seclusion review process	- A reduction of seclusion events and the hours of seclusion. - A lesser reduction in the number of patients that was secluded.
Donat (2003) USA	To review and evaluate a variety of interventions that were considered to have contributed to the successful reduction of reliance on the use of SR in a public psychiatric hospital for adult patients with severe and persistent psychiatric impairments.	Multiple regression analysis on 5 years. Program's component: criteria for review, case review committee, behavioral consultation team, standards for behavioral assessments, staff-patient ratio	Case review committee	- Reduction of 75% in the use of seclusion and restraint - The only variable that was significantly associated with reduction in the use of SR was changes in the process for identifying critical cases and initiating a clinical and administrative case review.
Qurashi et al. (2010) UK	To report changes in patterns of seclusion use and adverse incidents over a 5-year period (information and transparency, audit and peer reviews, risk management, patient involvement, training and leadership)	Descriptive pre/post Number of seclusion episodes Number of incidents recorded	Seclusion peer group review meeting	- A reduction of 67% of the number of seclusion episodes per month - A decrease of the incidents recorded
Wieman et al. (2013) USA	To examine implementation and outcomes of the Six Core Strategies for Reduction of Seclusion and Restraint.	Descriptive pre/post n=43 psychiatric facilities	Debriefing	- Reduction of the % secluded by 17% (p=.002) - Reduction of the seclusion hours by 19% (p=.001) - Reduction of the proportion restrained by 30% (p=.03) - No significant reduction in restraint hours - Individual facility effect sizes varied

Authors	Aim of the study	Method	PSRR of the program	Main results
McCue et al. (2004) USA	To describe a program to reduce the use of restraint (better identification of patients, stress/anger management group, staff training on crisis intervention, crisis response team, daily review of restraints, incentive system for staff).	Prospective study pre/post Unpaired t-tailed <i>t</i> test Rate of restraint use: number of restraints/1000 patient-days	Daily review of all restraints.	- Significant decrease in the rate of restraint use: (mean SD: before=7.99, after=3.70; p<.0001) - No sustained increase in incidents of assault, suicidal behavior, or self-injury.

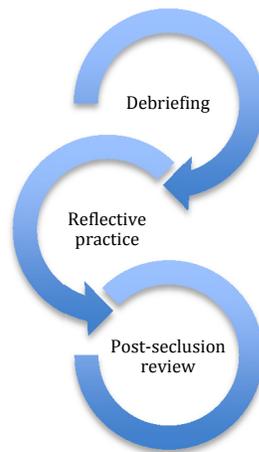
3.2 The theoretical origins of post-seclusion and/or restraint review

Psychology and debriefing. Post-seclusion and/or restraint review, which we initially define as an intervention performed after a psychiatric patient has been placed in seclusion, traces its origins to the concept of debriefing in psychology. Psychological debriefing is generally defined as “an early intervention method for personnel groups exposed to a single task or repetitive tasks related to stressful events that carry a high potential for psychotraumatic effects” (Raphael & Wooding, 2004, p. 44). The most commonly used debriefing intervention model, Critical Incident Stress Debriefing, seeks to encourage individuals to express their emotions following a traumatic incident in order to reduce adverse psychological consequences (Mitchell, 1983). However, a Cochrane meta-analysis performed in 2002 and revised in 2009 challenged the validity of findings showing a positive impact of debriefing on persons exposed to a traumatic event (Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2009). A review of 15 randomized controlled studies concluded that the practice did not reduce psychological distress or prevent post-traumatic stress; debriefing was found to have a null effect as compared to the care given a control group and, in some cases, to potentially increase risk. Consequently, although the Cochrane meta-analysis has been criticized in turn (Tuckey, 2007), there is palpable discomfort over the use of this concept. Debriefing has nevertheless entered the realm of popular psychology, and its use has extended to the field of mental health.

Nursing and reflective practice. Since disciplines interact and influence each other constantly, concepts of each other's travel too. In this regard, nurses have integrated the concept of emotional communication for health care providers. They have found that in addition to lowering their stress levels, debriefing also fosters reflective practice (Bell, 1995).

It is suggested that the expression of emotions leads nurses to a critical analysis of clinical practices, an exploration of the appropriateness of the therapeutic skills used, and the promotion of safe practices (Morante, 2005). By applying the concept of debriefing to their discipline and mental health, nurses have thus added the dimension of reflective practice to the original emotional dimension of debriefing. They use the concept of debriefing in the broader sense of an emotional exchange that leads the health care providers to engage in reflective practice. As has been amply documented, incident reviews of this sort have become a vital tool of reflective practice in nursing through such strategies as debriefing and review with peers (Goulet, Larue, & Alderson, 2016). In this regard, it is a means of obtaining feedback in the context of an educational activity or a clinical experience to help nurses integrate previously acquired knowledge. Significant-event reviews foster learning that becomes meaningful when one engages in deep introspection through reflection (Dreifuerst, 2009), allowing for the verbalization and integration of experiential knowledge. As currently used, therefore, in contrast to debriefing, reflective practice is concerned less with the expression of feelings than with communication that nurtures each team member's potential. Although initially presented as a debriefing activity, we believe that PSRR can only achieve its full transformative potential if it is presented as a form of reflective practice within the context of control measures.

Figure 4. The theoretical origins of post-seclusion and/or restraint review.



Awareness of the two principal sources of PSRR contributes to a better understanding of how the concept emerged and how it can support skill development in nursing staff in order to reduce SR. However, reference to the notion of debriefing in psychiatry and psychology immediately conjures up the harsh criticism levelled in this regard in the Cochrane analysis (Rose et al., 2009). This vociferous debate in the scientific community and the accretion of new dimensions are likely the reason so many and such conceptually vague terms are used to refer to the various forms of intervention conducted after the seclusion of psychiatric inpatients. The following is a non-exhaustive list of the terminology: post-event discussion (Fisher, 2003), post-seclusion debriefing (Needham & Sands, 2010; Ryan & Happell, 2009), debriefing procedures (Huckshorn, 2004; Lewis et al., 2009; Maguire et al., 2012), post-incident review (Bonner & Wellman, 2010), post-event analysis (Putkonen et al., 2013), witnessing (Allen et al., 2009; Taylor & Lewis, 2012), post-seclusion counselling intervention (Whitecross et al., 2013) and post-event review (Larue et al., 2013). We propose the term “post-seclusion and/or restraint review” not only to move away from the concept of debriefing

as already described by Bonner (2008) but also to specify the incident involved: seclusion and/or restraint. We will now examine the various intervention models.

3.3 Post-seclusion and/or restraint intervention models

The authors in our literature review describe a number of post-seclusion and restraint interventions but offer no explicit typology. To compensate for this shortcoming, we suggest a PSRR typology based on the target of the intervention: the health care providers (especially nurses), the patient, or both.

Review for the health care providers. Some of the suggested forms of PSRR were developed specifically for health care providers. In Canada, the Omega training program has enjoyed great popularity; it has been widely implemented in many French-language hospitals and is taught in several undergraduate nursing programs (Boyer, Guay, & Goncalves, 2014). It centres on patient pacification and developing “skills and modes of intervention to ensure the safety of the health care professional and others in aggressive situations” (ASSTSAS, 2006, pp. 9, translation). The Omega program sets out a two-stage intervention for reviewing disruptive events. First is *immediate feedback*, consisting of the administration of first aid and discussion, analysis, and documentation of the incident by the treatment team. This is followed by a *post-incident review* that includes one-on-one or group debriefing sessions with a support person to explore their understanding of the intervention, plan future interventions, and meet with the patient if necessary. This part of the program has never been evaluated empirically. Such analysis is similar to the psychiatric rapid response team described by Prescott et al. (2007), which primarily aims to develop a hypothesis on the cause of SR to make appropriate changes in the treatment plan. A PSRR on a more executive level is also suggested (Allen et al., 2009). It takes the form of a daily meeting with the medical director and immediate staff

and provides a narrative description of the incident as well as an opportunity to share perceptions and emotions.

Although patients are mentioned in this type of program, the intervention is rooted in a philosophy that is more organizational than clinical in nature. It focuses less on patient-centred humanistic care than on staff safety, although it could be directed at both. Moreover, the Omega program suggests meeting with patients if necessary and, if appropriate, having them take responsibility for their behaviour (e.g. asking for an apology or taking legal action).

In a Finnish exploratory study on training requirements for aggression management, nurses (n=22) and physicians (n=5) indicated in focus group that in addition to a need for peer support in order to engage in a learning experience through post-seclusion debriefing, they also required professional support after an especially trying SR incident (Kontio et al., 2009). The study thus implicitly brings to light the reflective dimension of PSRR. Although the need for staff to take part in an organized review is expressed, no definition or model is provided for the review. Indeed, in an action research developing a rapid response team to reduce the use of SR (Prescott et al., 2007), meetings after each incident are an opportunity for real-time supervision and experiential learning.

The primary feature of these types of PSRR for health care providers is a concern for the safety of both the staff and the patient; yet the latter does not figure extensively in the process. One might think, from the literature, that PSRR would offer an excellent opportunity for reflexivity; however, only few studies (Kontio et al., 2009; Prescott et al., 2007) raised the possibility of using the review as a form of staff learning within Schön (1983) meaning of “reflection on action.”

Review for patients. Some of the interventions in the literature are aimed exclusively at patients. However, these studies are still in the early stages. Bonner et Wellman (2010) and Needham and Sands (2010) maintain that the models developed in the field of psychology cannot be applied to patients in the context of SR. Needham and Sands (2010, p. 230) therefore recommend developing a post-seclusion debriefing model that clearly lays out the conditions of the intervention: “This model needs to include the most appropriate timing to provide debriefing, who should provide the intervention, the consumers’ response to debriefing, and guidelines and framework for communication and consistency.” Bonner (2008), however, does present a framework for a patient review; the *Thames Valley University Post-Incident Review Framework* is aimed at helping patients manage their feelings and explore the reasons for their negative emotions. The model comprises 14 questions to guide the nurse in carrying out a patient review on the triggering events, factors the patient deems important, and issues to be considered in future situations in which there is a risk of violence. For their part, Whitecross et al. (2013, p. 513) define post-seclusion debriefing as “an intervention that potentially supports patients’ natural recovery mechanisms after a seclusion event. It can be described as a talking therapy that offers the patient the opportunity to make sense of their experience and bring about emotional resolution and healing.” The content of the intervention was developed based on the five PSRR-related interventions (counselling, venting, support and reassurance, screening for physical adverse effects, and psychoeducation) identified by Needham and Sands (2010). Through this discussion, the treatment team and the patient identify triggers and signs of escalating aggression as well as the type of preventive intervention preferred by the patient (Whitecross et al., 2013).

In a review with patients, the objective is thus to help them manage their feelings and find out what caused them to lose control of their emotions and behave as they did. This objective is consistent with the concept of psychological debriefing in the literature.

Review for patients and health care providers. A PSRR that involves activities directed at both the patient and the care providers also exists. Fisher (2003) was the first to put forward a two-stage intervention: an immediate analysis with staff to quickly reconstruct the incident between the parties involved and to draw up a short-term plan, and a debriefing 24 to 48 hours later to undertake a detailed analysis that draws on the perspectives of both the patient and the treatment team in order to plan the next steps and avoid a repetition of seclusion.

In 2004, as head of the National Coordinating Center for Seclusion and Restraint Reduction in the United States, Huckshorn drew on Fisher's work to develop a model for preventing violence and the utilization of SR: *Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use*. The proposed strategies involve: (a) organizational leadership, (b) analysis of SR data, (c) staff training and education, (d) prevention tools, (e) patient involvement, and (f) debriefing tools. The SR reduction program is founded on the deconstruction of myths and assumptions, trauma-informed care, recovery and the public health prevention model. Debriefing activities are integrated into tertiary prevention with the aim of diminishing the adverse effects of SR on patient and staff and preventing recurrences. Huckshorn (2004, 2005) operationalized the activities outlined by Fisher (2003) and underscored the importance of the patient's perspective in the practice review. More specifically, Huckshorn (2005) outlined three debriefing activities: First, an immediate post-incident review is carried out with the care providers involved to restore the environment to a pre-crisis level and physical and emotional

security and to document the episode. Then, a formal analysis of the incident is conducted 24 to 48 hours after the seclusion episode by a senior manager who was not involved in the incident. The treatment team—with the patient when possible—is asked to analyze the incident following an 11-step, 67-question protocol (Huckshorn, 2005). The goal is to produce an individualized treatment plan and recommendations. Lastly, patient debriefing by a person not involved in the event should be conducted as soon as the patient’s condition permits to minimize the adverse effects of SR, share responsibility for the incident, and restore the relationship of trust between patient and staff. Reviews that involve both the patient and the care providers therefore have multiple components that target both of them. The authors do not discuss PSRR in terms of team reflexivity; however, it seems to us that the formal review offers the team an excellent opportunity to grow from the experience by questioning its practices. Indeed, in a study examining violent and aggressive incidents as social interactions, Secker et al. (2004) revealed that these incidents were rarely seen as an opportunity to reflect and learn, either with the patient or as a team.

Thus, some types of seclusion reviews are patient centred, others focus on the health care providers, while others consider both. Given that SR has been found to adversely affect both patients and staff, it seems appropriate that an intervention should take both into account. This type of complex intervention would not only respond to the needs of the individuals involved but also improve SR practices, particularly by fostering team reflexivity. For example, to facilitate the reflective practice of a team, Maguire et al. (2012) suggested that a senior nurse should take leadership of the seclusion review process and make

recommendations for practice. According to Secker et al. (2004) and Larue et al. (2010), critical reflection and learning should be a core component of PSRR.

3.4 Evaluation of post-seclusion review: the current state of knowledge

Evaluation studies involving seclusion and restraint have usually dealt with SR reduction programs, which include PSRR. Since PSRR is fully integrated into these programs, it is hard to determine its specific impact on SR reduction. The following is an overview of studies that have evaluated PSRR in clinical settings and considered its utility and efficacy.

Frequency. Although most SR protocols contain a PSRR component, the literature offers little information on its practice in clinical settings (MSSS, 2011). In an Australian retrospective study, Needham and Sands (2010) examined case-file notes to document five nursing interventions (consultation, ventilation, support and reassurance, physical interventions, and psychoeducation) for measuring post-seclusion debriefing. The interventions were identified through the literature but it is difficult to pinpoint the process that led to their selection or their specific link to PSRR. The authors found that 58.8% of the case files in 63 seclusion events mentioned at least one of the interventions, but only one file contained a note dealing explicitly with the patient's experience of seclusion. These findings corroborate those of other studies that showed, in fact, that many patients believed that no SR review was conducted in their presence (Bonner et al., 2002; Larue et al., 2013; Ryan & Happell, 2009). Moreover, according to staff, PSRR is not discussed as a systematic intervention. In a Canadian study on nursing interventions pre-, per-, and post- SR, only 9 nurses out of 24 reported reviewing the incident with the patients (Larue et al., 2010).

Utility. Although PSRR is not systematically conducted in clinical settings, an exploratory study of the utility of post-incident review assessed how it is perceived in an acute psychiatric unit in England (Bonner & Wellman, 2010). It was deemed helpful by 97% of staff (n=30) and 94% of patients (n=30). The utility of PSRR is also highlighted in an exploratory study of six psychiatric units in two Finnish hospitals (Kontio et al., 2009). Nurses and psychiatrists identified a need for training in post-SR that would take the form of “debriefing of the situations afterward within a peer group as a learning experience” (Kontio et al., 2009, p. 203). The participants thus envisioned training occurring through PSRR.

Efficacy. The review of the literature revealed only one quantitative study that dealt exclusively with an evaluation of a post-seclusion intervention. Using an experimental study design, Whitecross et al. (2013) compared 31 patients who had been placed in seclusion in an acute psychiatric unit and subsequently received an intervention of post-seclusion counselling with a control group that received the usual care (review at the patient’s request or if the health care provider determined the need). Over nine months, more than 47% of the sample reported PTSD-like symptoms; there was no significant difference between the groups. However, the members of the experimental group were subjected to significantly fewer hours of seclusion than the control group ($t(29) = 2.70, p=0.01$). According to Whitecross et al. (2013), a single debriefing session is probably not enough to reduce symptoms of PTSD. However, given the reduction in SR, they suggest that the implementation of an SR intervention may have made the treatment team more aware of the issues involved to the point that they changed their practices.

The SR reduction program based on the *Six Core Strategies* clinical model, which includes a PSRR component, has been the subject of several evaluations, and the results seem

promising. The program has been implemented at 43 American sites, and pre- and post-introduction information is available for eight states. The data reveal mean reductions of 17% in the number of patients in seclusion ($p=.002$), 19% in hours of seclusion ($p=.001$), and 30% in patients placed in restraints ($p=.03$) (Wieman et al., 2014). The program has also been introduced in Ontario; preliminary data comparing results to those for a control group are encouraging (Anderson & Waldman, 2012). The introduction of the program in a psychiatric hospital in New York State has led to a 75% reduction in the use of SR in four years with no increase in injuries to patients or staff (Lewis et al., 2009; Taylor & Lewis, 2012). Moreover, in a cluster-randomized controlled study that implemented this model with men with schizophrenia, the proportion of patient-days with SR or room observation declined from 30% to 15% for intervention wards, and SR time decreased from 110 to 56 hour per 100 bed patient-days (Putkonen et al., 2013).

An SR reduction program of this type has also been implemented in Australia in a forensic hospital, where managing aggressive behaviour is especially challenging given the prison culture and the fact that it houses a population at high risk of aggression (Maguire et al., 2012). A few individual PSRR initiatives have been introduced in this setting, but the authors stress the value of strengthening the program so that it can be an opportunity for learning and discussion about the treatment being applied—in other words, a reflective practice. Over two years, there has been a reduction in the frequency (occurrences per patient) and duration of seclusion events but little change in the number of patients in SR as a proportion of inpatients (Maguire et al., 2012).

To sum up, although to date only one study has been conducted that specifically addresses the efficacy of PSRR, programs with a PSRR component show a 50% to 75%

reduction in SR events (Fisher, 2003; Huckshorn, 2004; Lewis et al., 2009; Putkonen et al., 2013; Wieman et al., 2014). This leads to the question of what the relative weight of the various components, including PSRR, might be. So far, only the study of Whitecross et al. (2013) has attempted to answer this question.

4. DISCUSSION

An examination of the origins, theoretical foundations, models, and evaluation of PSRR has helped clarify the intervention.

Models and reflective practice. The scoping review revealed that there are numerous forms of PSRR. We have proposed a typology based on the target of the intervention, that is, whether it is focused on the patient, the treatment team, or both. By way of clinical vignettes, Boumans, Egger, Souren, Mann-Poll, et Hutschemaekers (2012) established that team reflexivity is inversely related to its tendency to seclude. Knowing that the use of SR is less determined by the individual characteristics of patients and staff than by the team's characteristics (Boumans et al., 2012), it is relevant to propose an intervention that initiates collective reflecting. These findings are consistent with those of Huckshorn (2014) study of leaders and staff who were involved in projects that were successful in reducing the use of SR. Although, initially, the use of SR was the organizational standard and was not questioned in the settings studied, SR reduction projects have changed team perspectives toward a much more flexible practice. Huckshorn (2014) discusses this change in connection with the concept of team learning in Senge's (2006) organizational change model, which

stresses the importance for treatment teams to be able to change their beliefs and behaviours and hence move towards a new shared vision. According to Lewis et al. (2009), developing different PSRR activities in a non-punitive environment, where everyone is encouraged to express themselves freely, becomes a learning opportunity for all.

If the interaction between patients and their care providers is considered central to the decision of whether to resort to SR, and if the goal is to produce meaningful learning for patients and improve staff ability to manage aggressive behaviour, the most appropriate course is to select an intervention model that can impact all the levels involved. Although, to our knowledge, PSRR has rarely been presented as a therapeutic intervention, we believe it could help patients develop their capacity for mentalization, an ability which is often diminished in mental health populations. Such an intervention would thus also offer patients an opportunity for reflection and give them a greater sense of empowerment in situations involving aggressive escalation.

Post-seclusion and/or restraint review involves reflexivity on the part of the patient, the treatment team, and the organization. This reflexivity should ideally contribute to changing the culture of the unit and lead to the adoption of a more comprehensive, holistic perspective and preventive interventions that promote patient recovery. As a form of reflective practice that embraces both the treatment team and the patient, PSRR seeks to encourage emotional communication, analysis of the steps that led to the decision to resort to SR, and planning of future interventions (Fisher, 2003; Huckshorn, 2004). Post-seclusion and/or restraint review is therefore a method of stimulating critical reflection about seclusion, which is essential to enhancing SR prevention and improving SR interventions when they are applied. The retrospective facet is crucial: analyzing the clinical decision after the event enables staff to

approach future situations without falling into emergency mode or submitting to automatic reflexes or strict protocols, thereby improving decision making (Le Coz, 2007). With this in mind, we propose the following definition of PSRR: **a complex intervention taking place after an SR episode targeting the patient and the health care providers in order to enhance the care experience and result in meaningful learning for the patient, team, and organization.**

Study limitations. The study's limitations revolve mostly around the methodology. First, because of the multitude of expressions used in discussions on the concept of PSRR, it is therefore possible that some relevant papers were overlooked despite the fact that many keywords were used. This also explains why the concept of "review" was not used in the initial search; it was only added after some of the texts were read. Second, the analysis would have been more rigorous had each author conducted their own literature review and then obtained inter-rater agreement.

5. CONCLUSION

The proposed typology of PSRR clarifies the concept in terms of the intervention target: the patient, the care providers, or both. When the issue of SR is approached in a holistic fashion, when the interaction between clinician and patient is placed at the centre of therapeutic care, it is evident that any proposed solutions must involve both patients and care providers, especially nurses. Thus clarified and rooted firmly in a nursing and reflective practice perspective, an intervention of this type is sure to reduce the risk of aggression and the need to resort to control measures. In addition to improving the patient and nurse

experience when SR is involved, PSRR will also help to continually enhance the quality and safety of patient care when managing aggressive behaviour. The review of the literature reveals a paucity of PSRR evaluation studies; this topic merits further research.

REFERENCES⁵

⁵ Les références de l'article ont été retirées et sont comprises dans les références générales de la thèse.

2.2 Assises conceptuelles et théoriques

Les deux premiers articles de la thèse ont servi à bien positionner le REPI dans les programmes de réduction des mesures d'IC et à le définir comme un processus réflexif. Le REPI peut ainsi devenir une occasion d'apprentissage significatif pour tous, tant pour le patient, l'intervenant que l'organisation. Nous proposons que l'objet de ce processus réflexif repose sur les facteurs qui influencent la décision d'IC et que l'intervention soit guidée par une approche de soins humaniste. Cette section abordera donc les assises conceptuelles et théoriques de l'étude, soit les facteurs influençant la décision d'IC, la théorie de la structuration de Giddens (1987) et le Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM.

2.2.1 Facteurs influençant la décision d'IC

Pour Lahio et al. (2012), comprendre les facteurs associés à la décision d'IC aiderait à l'utilisation d'interventions appropriées. Ainsi, pour effectuer un retour rigoureux sur le processus d'IC tel que vécu par le patient et l'équipe de soins, il est nécessaire de s'inspirer des facteurs qui interviennent dans cette décision pour cerner les thèmes de discussion lors du REPI. La littérature sur les mesures de contrôle s'est d'ailleurs beaucoup intéressée aux facteurs impliqués dans la décision d'isolement. Leur identification permet de cibler les interventions dont on doit tenir compte lors d'un REPI si l'on veut influencer favorablement les facteurs modifiables et ainsi favoriser un changement de pratique. Les modèles décisionnels de l'IC proposés dans la littérature sont généralement basés sur les caractéristiques du patient, de l'intervenant et de l'équipe, de même que sur les facteurs environnementaux et organisationnels. Voici une présentation critique des modèles recensés.

Le *Modèle de Moylan pour la prise de décision de l'infirmière avec le patient agressif* (Moylan, 2012) a été développé dans le but de faciliter le choix des infirmières lors d'une intervention avec des patients agressifs. L'intervenant se situe au cœur du modèle et est influencé par ses options (interventions préventives, médication, isolement, contention), ses valeurs (personnelles, professionnelles et organisationnelles) ainsi que son information perçue (savoir et expérience, comportement agressif du patient et réponse émotionnelle). Ce modèle n'intègre toutefois pas le patient comme partenaire actif dans sa rencontre avec l'infirmière qui, pour sa part, se concentre sur le comportement agressif, réduisant la personne à celui-ci.

Ainsi, le modèle apparaît peu cohérent avec une philosophie de soins humaniste qui tente de comprendre l'expérience d'une personne dans sa globalité et non seulement par son comportement.

Pour sa part, le modèle de Kayser-Jones adapté et traduit par Gagnon et Roy (2006) est celui qui est préconisé par le MSSS (2011). Au contraire du modèle de Moylan (2012), ce modèle positionne le patient en son centre. Il permet d'expliquer ce qui influence l'intervenant dans sa décision de recourir ou non à une mesure de contrôle. Ses composantes sont la personne (âge, degré d'autonomie fonctionnelle et cognitive, état de santé physique et mentale, sécurité, liberté, dignité), l'aspect psychosocial et culturel (normes éthiques et juridiques, valeurs et croyances de tous), l'aménagement physique (installations sécuritaires, niveau sonore, etc.), les structures organisationnelles (travail en équipe interdisciplinaire, politiques, protocole, philosophie de soins, ratio, *leadership*), et l'environnement humain (famille, amis, autres patients, intervenants). Dans le modèle de Kayser-Jones (1992), l'intervenant occupe toutefois une place secondaire dans le processus décisionnel. Pourtant, dans une approche de soins valorisant la réciprocité entre l'intervenant et le patient, il est plausible de croire que les caractéristiques de l'intervenant puissent avoir une certaine influence dans le processus décisionnel.

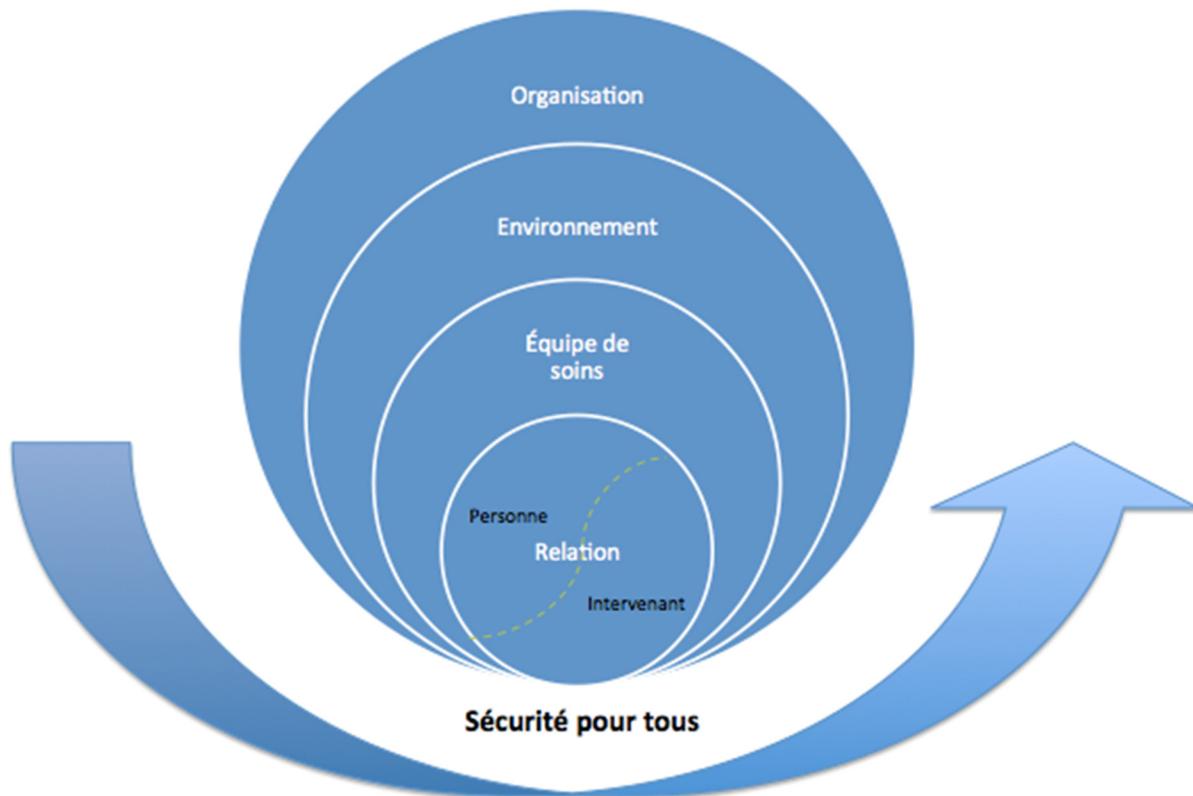
Le *Modèle multifactoriel influençant la prise de décision d'isolement* de Larue et al. (2009) vise quant à lui à catégoriser les facteurs qui entrent en jeu lors des situations de gestion des comportements agressifs selon le point de vue des infirmières. Ces auteurs proposent qu'il y a une interaction entre les composantes des caractéristiques du patient (âge, genre, nationalité, diagnostic), des caractéristiques des intervenants (niveau d'éducation, expérience, niveau de stress, formation, attitude), des facteurs environnementaux (niveau de soutien, de liberté d'expression, d'intimité, d'activités significatives, d'espace physique), des facteurs organisationnels (plan de réduction d'IC, formation, documentation des IC) et de l'équipe de soins (normes, liberté). Par contre, le poids relatif d'influence de chaque facteur décisionnel demeure obscur. Par le biais de vignettes cliniques, Boumans et al. (2012) ont tenté d'en mesurer les effets relatifs. Ainsi, l'impossibilité de communiquer avec le patient, la disponibilité et la coopération du personnel se sont révélées plus importantes que les caractéristiques du patient (diagnostic, antécédents d'IC, sévérité et objet de la menace). Ces auteurs ont d'ailleurs utilisé la réflexivité du groupe comme indicateur de l'efficacité d'une

équipe de soins et du processus décisionnel de groupe en l'évaluant avec le *Shortlist Reflexivity in teams* développé par Schippers, Den Hartog, et Koopman (2007) pour établir que la réflexivité d'une équipe était en relation inverse avec sa tendance à isoler. Ces résultats suggèrent ainsi une cible d'intervention novatrice dans la prévention des comportements agressifs en psychiatrie : l'amélioration de la capacité réflexive des équipes de soins. Ainsi, le modèle de Larue et al. (2009) nous informe sur l'interaction des facteurs décisionnels de l'IC, mais ne permet pas de comprendre le processus décisionnel menant à l'IC.

Dans une revue de littérature intégrative sur la décision clinique d'IC chez les patients adultes psychiatriques, Lahio et al. (2012) identifient des composantes qui influencent ce processus continu : les indices liés au patient, à l'organisation et à l'intervenant. L'originalité de leur proposition réside dans le fait de souligner que ces indices sont par la suite sélectionnés, interprétés et intégrés par l'infirmière pour mener à une intervention. À ce titre, le niveau de risque et de sécurité perçu par l'infirmière qui interprète ces données influencerait sa décision, et son exposition à un incident agirait sur sa perception lors d'un prochain événement. En revanche, il s'agit d'une proposition d'un modèle linéaire où les facteurs n'interviennent qu'au début du processus, sans qu'il n'y ait de boucle de rétroaction aux différents moments du processus.

Les facteurs influençant la décision d'isoler présentés dans ces quatre modèles donnent des éléments sur lesquels réfléchir lors d'un REPI— donc à cibler — pour pouvoir ensuite transformer la pratique de l'IC. Pourtant, bien que développés par des infirmières, ces modèles ne sont pas explicites sur les théories et paradigmes qui les fondent. Nous proposons donc de faire une synthèse de ces modèles pour établir une schématisation des facteurs d'influence compatible avec le potentiel réflexif de ses différentes composantes et avec une vision humaniste du soin (voir figure 5).

Figure 5. Facteurs influençant la décision d'IC en santé mentale adapté de Larue et al. (2009)



Au coeur de ce modèle réside la relation entre la personne (âge, sexe, nationalité et diagnostic) et l'intervenant (éducation, expérience, niveau de stress, formation et attitude). Cette relation prend place au sein d'une équipe de soins (normes et liberté d'expression) qui se situe dans un environnement physique (espace physique favorisant la liberté individuelle et l'intimité, présence d'activités significatives, milieu accueillant) au sein d'une organisation (programmes de réduction des IC, formation offerte et documentation des IC). L'épisode d'agressivité constitue un moment crucial qui peut soit mener à *l'empowerment* de la personne soit, au contraire, nuire à son rétablissement selon la façon dont l'épisode est géré.

La compréhension des facteurs influençant la décision d'IC aidera donc à la rigueur du REPI en suggérant différents angles de discussion établis à partir des résultats les plus probants. Toutefois, la révision des pratiques de soins liées à ces facteurs n'explique pas le potentiel de ces derniers pour changer la gestion des comportements agressifs. Ainsi, une fois les facteurs dynamiques identifiés pour encadrer les discussions rétrospectives sur le processus

décisionnel d'IC, il est pertinent de comprendre de quelle façon la réflexivité inhérente au REPI tel que démontré dans l'article II peut participer de ce changement de pratique.

2.2.2 La réflexivité

Les sciences infirmières se sont abondamment penchées sur la description et l'opérationnalisation de la pratique réflexive (par exemple, le modèle de réflexion structurée de Johns (2010)). Tel que soulevé par Boykin (1998), la réflexivité permettrait de favoriser une pratique *caring*. Cette affirmation a été corroborée par notre analyse conceptuelle de la pratique réflexive qui visait à explorer si son emprunt aux sciences de l'éducation avait donné lieu à une utilisation spécifique aux sciences infirmières (Goulet, Larue et Alderson, 2016). L'analyse de 21 articles scientifiques en sciences infirmières et de 21 articles en sciences de l'éducation nous avait permis de proposer que la spécificité de l'utilisation infirmière de la pratique réflexive est sa dimension humaniste. En effet, la pratique réflexive favoriserait l'empathie, la dignité et la compassion à travers une réflexion de l'infirmière sur sa relation avec le patient lui permettant de mieux comprendre la perspective de ce dernier. Or, les modèles infirmiers de pratique réflexive étant surtout de nature prescriptive et narrative, il nous est apparu judicieux de recourir à une théorie qui oriente l'ensemble de l'étude. De plus, tel que soulevé dans notre article II proposant un *scoping review* sur le REPI, des modèles d'intervention existant déjà, nous avons fait le choix de construire à partir de ceux-ci. Cet article avait aussi démontré le potentiel de développer un REPI ancré dans la recherche de la réflexivité de tous les acteurs impliqués dans le continuum de soins liés à l'IC. Dans ce contexte, la théorie de la structuration de Giddens (1987) nous a permis de penser la réflexivité comme un effet structurant de notre étude.

La théorie de la structuration du sociologue anglais Anthony Giddens (1987), qui repose entre autres sur la notion de réflexivité, s'inscrit en continuité avec les théories sociales des années soixante-dix. Celles-ci ont été grandement influencées par deux courants dominants antagonistes : les structuralistes pour qui la structure détermine l'action humaine et la phénoménologie qui s'intéresse à une vision du monde à partir de l'interaction humaine. Giddens en propose la réconciliation par sa théorie de la structuration en affirmant qu'il ne faut pas s'arrêter au dualisme entre individu et société, mais s'intéresser à leur dualité puisqu'il s'agirait de deux aspects du même processus de l'action sociale. La théorie vise donc

à comprendre l'action humaine et les institutions sociales. Ainsi, il propose une vision constructiviste en soutenant que l'individu ne fait pas que subir les normes, mais qu'il a le pouvoir d'agir autrement pour à son tour influencer sur la structure. C'est à travers un projet réflexif que l'humain a la capacité et le pouvoir de se transformer. Un concept central à sa théorie est donc la réflexivité. Le cadre théorique de Giddens (1987) définit la réflexivité comme étant l'examen et la révision constante des pratiques, à la lumière des informations nouvelles concernant ces pratiques même. Il s'agit d'une conception du monde où un potentiel de changement est continu et présent dans chaque interaction : « Les gens sont capables de produire des connaissances explicites et discursives, et par là même, individuellement ou collectivement, de prendre conscience des règles qui sous-tendent leur conduite. Ils peuvent alors agir en tenant compte de leur travail réflexif. » (Giddens, 1993, p. 188). La théorie de la structuration de Giddens a notamment pour postulats que les praticiens produisent du savoir, que le savoir est le produit de la réflexivité et que la production du savoir est influencée par le contexte pratique et institutionnel. Ainsi, la réflexivité individuelle prend place au sein d'une réflexivité institutionnelle et les deux sont en constante interaction.

Cette réflexivité individuelle est un produit à la fois cognitif et affectif. Les émotions ont donc une grande importance dans sa théorie, puisque c'est la tension entre la sécurité ontologique et l'anxiété de la personne qui détermine sa motivation au changement (Giddens, 1987). De ce fait, une réflexivité institutionnelle et individuelle donne lieu à un projet réflexif de soi pour favoriser la sécurité ontologique.

Giddens nous éclaire sur le nécessaire retour réflexif de l'individu et de la société pour parvenir à un changement. Une forme de réciprocité est présente, puisque la remise en question de la pratique a mené à de nouvelles normes institutionnelles. Prenons-en pour preuve l'évolution de la pensée asilaire, à la psychiatrie, à la santé mentale, jusqu'au rétablissement. À notre échelle, l'individu désigne l'intervenant et le patient alors que la société représente l'équipe soignante et l'organisation. En milieu clinique, un décalage certain persiste toutefois entre les intentions individuelles et l'application des normes sociales formalisées par les lois. Ce constat nous invite donc à une analyse qui tienne compte à la fois des personnes et de la structure pour comprendre leur dynamique dans un contexte précis de diminution de mesures de contrôle, par exemple à partir du modèle des facteurs sur l'IC présenté dans la section précédente. Ainsi, un changement de pratique en IC ne sera possible

que si les intervenants y voient un avantage, donc que si leur sécurité ontologique est davantage assurée par une diminution des mesures de contrôle que par leur *statu quo*. Ce constat fait écho aux résultats de Boumans et al. (2012) qui démontrent que la réflexivité et la confiance envers les collègues lors d'une situation de crise favorisent un changement de pratique vers une diminution des mesures de contrôle.

Puisque le REPI participe de la réflexivité du patient, de l'intervenant et de l'organisation, la théorie de la structuration du sociologue Giddens (1987) influence l'esprit de ce projet doctoral par son postulat selon lequel la révision constante des pratiques, à la lumière des informations nouvelles concernant ces pratiques constitue une réflexivité qui transforme la structure. De façon optimale, cette réflexivité devrait donc favoriser un changement de culture du milieu de soins vers une perspective compréhensive et holistique pour ainsi mener à un changement de la pratique promouvant le rétablissement des patients. Jusqu'à présent, ce chapitre a exploré les thèmes de discussion potentiels du REPI et le potentiel de la réflexivité pour changer les pratiques d'une culture de contrôle vers une culture humaniste.

2.2.3 Un modèle de soins humaniste

Le Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM (Cara et al., 2016) est celui retenu pour cette étude. Il privilégie la construction d'un véritable partenariat entre l'infirmière et la personne, échange authentique ayant le potentiel de transformer à la fois la personne et l'infirmière. Fortement inspiré par la théorie du *Human Caring* de Watson (1979, 2001, 2006), il est en continuité avec une philosophie humaniste où le respect de l'idéal moral devient le fondement même de la pratique.

Le modèle humaniste de soins infirmiers propose une approche holistique où la personne (individu, famille, proches et communauté) est considérée comme étant unique et possédant des savoirs crédibles et uniques, un potentiel et un pouvoir d'agir. Elle est en interrelation continue avec son environnement qui comprend différents aspects : matériel, social, culturel, spirituel, écologique et sociopolitique. La santé est pour sa part une « expérience unique [qui] correspond à l'optimisation continue du bien-être, du mieux-être et de l'harmonie, telle que déterminée par la Personne » (Cara et al., 2016, p. 24). Le soin implique de contribuer à la santé de la personne en l'accompagnant de façon humaine,

relationnelle et transformatrice à travers un véritable partenariat. Le but est d'assurer la sécurité et la qualité des soins tout en préservant la dignité humaine.

A priori, de par sa nature même, l'utilisation de l'IC semble aller à l'encontre d'une philosophie de soins humanistes. D'aucuns affirmeront à cet égard que s'assurer de la sécurité et de l'intégrité de la personne – à l'aide de mesures de contrôle en situation exceptionnelle – l'est tout autant. Cara et O'Reilly (2008) affirment qu'une pratique infirmière empreinte d'humanisme favorise des soins à la fois rigoureux basés sur des données probantes, tout en s'assurant qu'ils respectent la dignité humaine de la personne. Dans ce contexte, la prévention des comportements agressifs exige de l'infirmière qu'elle considère la personne à risque comme étant unique et que les interventions issues des données probantes soient adaptées à la personne. Tant les interventions pré, per que post isolement devraient se dérouler dans le cadre d'un partenariat qui implique un échange authentique entre deux personnes qui comportent chacune leurs propres expériences antérieures. Le REPI se conçoit alors comme l'occasion d'un engagement conscient qui, à travers le *caring*, permet la rencontre de deux personnes dans un moment de partage de la perception et des expériences de chacun. Cette forme de réciprocité mène à la cocréation d'une nouvelle compréhension de l'IC et qui jette les bases propices à l'approfondissement de la relation de confiance.

Cette approche humaniste est particulièrement cohérente dans un milieu de santé mentale parce qu'elle place la relation thérapeutique entre l'infirmière et la personne au cœur du soin et qu'elle implique une parenté axiologique avec le modèle plus généraliste de rétablissement qui est partagé par les différents professionnels en santé mentale (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2012). En effet, des valeurs fondamentales telles que le partenariat, la vision de la personne dans sa globalité et l'individualisation des soins sont communes. Ce constat mène d'ailleurs Resnick, Fontana, Lehman, et Rosenheck (2005) à penser que les infirmières devraient prendre le *leadership* dans le changement de paradigme en santé mentale passant d'un modèle médical à celui du rétablissement.

Somme toute, la première partie de ce chapitre a proposé une revue systématique des programmes de réduction de l'IC (article 1) qui nous a ensuite menés à nous questionner de façon plus exhaustive sur l'une de ses composantes, le REPI. Le *scoping review* sur le REPI a

ensuite permis de définir cette intervention et d'explorer les différents types de retour sur l'IC, soit ceux qui priorisent le patient, les intervenants, ou les deux à la fois. Ayant constaté que l'IC entraîne des effets négatifs tant chez le patient que les intervenants, il nous semble impératif de nous positionner en faveur d'une intervention qui tient compte des deux à la fois. Nous avons par la suite proposé que l'intégration des facteurs influençant la décision d'IC en santé mentale soit un élément essentiel de cette intervention en précisant les thèmes à aborder lors du REPI. En effet, le REPI permet de réfléchir sur les facteurs décisionnels de l'IC modifiables dans le but ultime d'améliorer la pratique. Le REPI devient ainsi un outil pour favoriser la réflexivité de tous ceux qui sont impliqués dans le continuum de la prévention des comportements agressifs pour mener à un apprentissage susceptible de changer les pratiques selon les postulats de la théorie de la structuration (Giddens, 1987). Pour tendre vers des soins humanistes qui représentent aussi un idéal moral d'égalité et de justice, le MHSI-UdeM nous informe que l'infirmière doit miser sur l'unicité et le potentiel de développement de la personne en cocréant une relation authentique avec elle (Girard & Cara, 2011). Le processus de soins rattaché à cette perspective disciplinaire humaniste propose d'ailleurs à l'infirmière d'intégrer un processus réflexif à sa démarche de soins afin d'évaluer ses interventions, processus auquel le REPI a le potentiel de contribuer.

Ainsi, en plus d'avoir la possibilité d'améliorer l'expérience de soins entourant l'IC chez les patients et chez les intervenants, le REPI a le potentiel de participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins entourant la prévention du comportement agressif. Toutefois, ces constats s'appuient sur une littérature peu développée, il est donc essentiel de poursuivre les recherches à cet effet. Le chapitre 3 présentera les choix méthodologiques de notre thèse visant à contribuer à la construction des savoirs en matière de REPI ainsi que leur cohérence avec les assises conceptuelles théoriques que nous avons explicités dans ce chapitre.

Chapitre 3. Méthode

Ce chapitre présente les considérations méthodologiques de l'étude ayant pour but de développer, implanter et évaluer le REPI auprès des intervenants et des patients d'une unité de soins psychiatriques aigus afin d'améliorer leur expérience de soins en lien avec les questions de recherche :

1. Quel est le contexte d'implantation du REPI?
2. Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'implantation du REPI selon les patients et les intervenants?
3. Quelle est la perception des patients et des intervenants sur les modalités et les retombées du REPI?
4. L'implantation du REPI est-elle associée à une diminution de la prévalence et de la durée des épisodes d'IC?

Ainsi, la justification du devis d'étude de cas, le milieu de l'étude, l'échantillon, le recrutement, la collecte de données, le déroulement de l'étude, l'analyse des données, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques sont explicités. Compte tenu de la forme de rédaction de thèse par articles, certains éléments méthodologiques seront davantage développés dans les deux articles de résultats situés au chapitre 4 afin de diminuer la redondance pour le lecteur.

3.1 Justification du devis d'étude de cas

Un devis *d'étude de cas instrumentale* (Stake, 1995, 2008) a été choisi, car il permet d'observer un cas particulier pour mener à une meilleure compréhension d'un problème à l'intérieur d'un contexte. Dans l'étude proposée, la compréhension de l'implantation du REPI et de ses effets attendus était indissociable de son contexte, l'unité psychiatrique dans laquelle il a été implanté. En effet, le chapitre 2 a permis de constater qu'autant les caractéristiques du patient, de l'intervenant, mais aussi de l'équipe de soins, de l'environnement et de l'organisation influencent la décision d'IC.

Depuis quelques années, l'étude de cas est devenue une méthodologie de plus en plus utilisée pour les recherches évaluatives (Yin, 2012). Dans un milieu clinique, le chercheur ne

possède aucun contrôle sur le contexte de l'intervention qu'il évalue et ne peut agir sur les variables confondantes. Dans cette situation, la stratégie de recherche la plus rigoureuse converge vers la compréhension des facteurs en jeu pour être en mesure d'en expliquer la dynamique avec le phénomène à l'étude (Munhall, 2007). C'est pourquoi l'étude de cas est adaptée à une visée évaluative exploratoire qui tente de documenter et d'analyser le processus d'implantation et les résultats de l'intervention. Ce devis permet d'ailleurs au chercheur de s'adapter aux situations inattendues fréquentes en milieu clinique. Le choix d'un devis exploratoire s'imposait, car l'état des connaissances actuelles sur le développement, l'implantation et l'évaluation du REPI demeure peu développé.

Pour une étude évaluative, le cas choisi est basé sur l'intervention évaluée avec une attention particulière aux conditions contextuelles. Stake (2008) définit le cas comme un système délimité qui peut contenir des groupes (ex : patients, intervenants, administrateurs) ayant eux-mêmes leur propre contexte pour lesquels les relations doivent être compréhensibles. Dans cette étude, le cas était celui de *l'unité de soins psychiatriques aigus où a été développé et implanté le REPI*. Puisque l'effet attendu du REPI touchait à la fois les intervenants et les patients, l'étude de cas instrumentale s'intéressait à ces deux unités d'analyse. Parmi les intervenants, l'accent a été mis sur les infirmières, car elles sont en relation de proximité quotidienne avec les patients et ce sont elles qui prennent la décision d'appliquer l'IC en situation d'urgence, ce qui en font des intervenantes de premier plan dans la prévention des comportements agressifs.

Selon Lincoln, Lynham et Guba (2011), l'épistémologie du paradigme participatif est caractérisée par la subjectivité critique où il y a intégration du savoir expérientiel des participants. Afin de positionner l'équipe clinique et les patients au cœur du processus de changement de pratique en matière de prévention des comportements agressifs et de l'IC, nous avons choisi cette posture. Dès lors, la participation de toutes les personnes impliquées dans la prévention des comportements agressifs et de l'IC est souhaitée afin de tenir compte des réalités de tous et de s'enrichir mutuellement du savoir expérientiel de chacun. Dans un paradigme participatif, il y a primauté du savoir expérientiel et professionnel. Lincoln et al. (2011) considèrent les participants à la recherche comme des informateurs clés qui doivent jouer un rôle actif pour accéder à la construction de multiples réalités, incluant celle des

chercheurs. La participation implique donc aussi celle du chercheur qui ne fait pas figure d'expert, mais agit à titre de facilitateur pour développer l'intervention de pair avec les différents collaborateurs. L'objectif recherché est de contribuer à plusieurs niveaux à la fois : la production de connaissances (recherche) et le développement professionnel des praticiens (formation) (Barbato et al., 2014). Une étude du Royaume-Uni sur l'impact de l'implication des patients en recherche en santé mentale a d'ailleurs soutenu que cette approche permet d'améliorer la qualité et la faisabilité de la recherche, tout en facilitant le transfert de la recherche dans la pratique clinique (Ennis & Wykes, 2013).

Dans cette étude, le REPI constitue une coconstruction adaptée aux besoins spécifiques du milieu ancrée dans le savoir expérientiel et professionnel des intervenants, des gestionnaires et des patients partenaires. Les infirmières et les patients sont considérés comme les experts et essentiels à l'implantation d'un changement. Nous choisissons une posture participative et non une méthode participative, car selon Schwandt (2007), le sujet ne découvre pas le savoir, mais celui-ci est construit pour faire sens de l'expérience qui est influencée par sa dimension historique et socioculturelle. Il importe de choisir une méthodologie qui témoigne de l'environnement pour mieux comprendre l'interaction en cause. Telle est justement l'intention de l'étude de cas qui, par l'utilisation de plusieurs méthodes, mène à une meilleure compréhension du problème à l'étude. Parmi les méthodologistes de l'étude de cas, Stake (1995) a été privilégié, car ses postulats constructivistes ont permis d'inscrire le choix d'une approche participative en filiation de ses travaux, compte tenu de leur proximité épistémologique. À la lumière de ces postulats, le choix méthodologique d'une étude de cas ancrée dans un paradigme participatif favorise l'implication de chacun et valorise la parole des différents participants.

3.2 Cohérence de l'étude de cas et des influences théoriques de l'étude

L'une des stratégies les plus importantes pour assurer le succès d'une étude de cas consiste à s'appuyer sur des concepts théoriques pour guider le développement du devis et de la collecte de données (Yin, 2012).

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que la théorie de la structuration développée

par Giddens (1987) met en lumière l'interaction constante entre l'individu et la structure, ce qui nous a mené à explorer les retombées du REPI non seulement sur les patients et les intervenants, mais aussi le contexte dans lequel ils évoluent – et qu'ils peuvent à leur tour influencer. Ainsi, une étude de cas offre la possibilité de comprendre en profondeur de quelle façon le REPI appelle à une réflexivité qui mènerait à un changement de philosophie des soins et, par le fait même, à un changement de pratique en matière d'IC. En effet, ce cadre théorique a orienté le choix du devis, car la réflexivité auquel participe le REPI permet de considérer que l'intervention a eu une incidence sur la compréhension du comportement agressif de l'IC, ce qui peut avoir influencé l'utilisation de l'IC. Il apparaissait ainsi nécessaire de comprendre le processus de développement, d'implantation et d'évaluation de l'intervention qualitativement, mais aussi d'analyser la prévalence de l'IC pré et post intervention.

Une étude de cas ancrée dans une posture participative est aussi cohérente avec une perspective humaniste, car l'approche holistique prisée par cette méthodologie se retrouve intimement liée à la perspective infirmière. En effet, dans sa volonté de s'intéresser à la personne dans sa globalité et en considérant que le tout est plus grand que la somme de ses parties (Pepin, Kerouac, & Ducharme, 2010), cette *pensée infirmière* se rapproche de la position épistémologique de certains types d'études de cas qui accordent une place prépondérante à une diversité de méthodes pour arriver à la compréhension la plus complète possible du cas étudié (Stake, 2008). Un principal avantage de l'étude de cas demeure donc sa capacité à sonder la perception des intervenants et des patients sur l'intervention, mais aussi à documenter son contexte, ce qui présente une vision plus complète du phénomène à l'étude. Il a donc été possible de considérer l'étude de l'intervention du REPI dans son ensemble, grâce à la complémentarité des méthodes utilisées qui ont été choisies au regard des questions de recherche.

Enfin, la documentation du contexte a été conduite à partir du *Modèle des facteurs qui influencent la décision d'IC* présenté au chapitre 2. Les éléments d'intérêt étaient liés aux caractéristiques des intervenants et des patients, ainsi qu'aux facteurs qui touchaient l'équipe de soins, l'environnement physique et l'organisation.

3.3 Milieu de l'étude

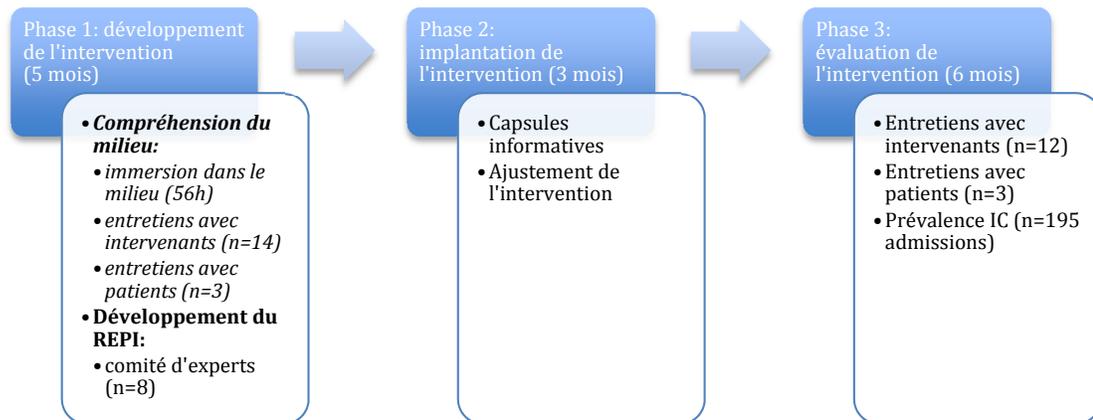
Afin de s'assurer d'un cas représentatif des problématiques liées aux mesures de contrôle qui met en place les meilleures opportunités d'apprentissage de la compréhension de l'intervention (Stake, 2008), nous avons voulu identifier les profils de patients qui sont davantage associés à une mise en IC. L'analyse par correspondances multiples a révélé deux profils distincts associés positivement à l'IC : les jeunes hommes psychotiques et les femmes bipolaires de plus de 35 ans (Goulet, Larue, Stafford, & Dumais, 2013). Ainsi, les critères d'inclusion pour identifier le milieu de l'étude pour favoriser l'acceptabilité et la faisabilité du projet ont été: 1) la présence des profils de patients associés à l'IC, 2) l'absence de surcharge de projets scientifiques sur l'unité, 3) la motivation et le *leadership* du chef d'unité, et 4) l'absence d'implantation de changement de pratique en lien avec l'IC dans les six mois précédant l'étude.

Le milieu de l'étude a été une unité de soins du programme des troubles psychotiques spécialisée dans les premiers épisodes psychotiques d'un hôpital psychiatrique tertiaire de la région de Montréal. En plus de sa spécialisation en premiers épisodes psychotiques, le quart de ses admissions est réservé pour les patients présentant un trouble de l'humeur. En 2012, celle-ci avait admis 120 patients pour un total de 235 hospitalisations, avec un âge moyen de 34 ans et une durée moyenne de séjour de 42 jours. Constituée pour recevoir 24 patients, l'unité de soins avait une moyenne de 27 patients, ce qui implique qu'elle opérait généralement avec un surplus de patients. L'équipe interdisciplinaire était constituée de 29 infirmières et préposés, quatre ergothérapeutes, quatre travailleurs sociaux, quatre conseillers en orientation, deux pharmaciens et cinq psychiatres qui se séparent en quatre équipes de travail.

3.4 Dérroulement de l'étude

Le déroulement de l'étude a été adapté de l'approche de Sidani et Braden (2011) sur le développement et l'évaluation d'interventions infirmières, soit les phases de développement (5 mois), d'implantation (3 mois) et d'évaluation de l'intervention (6 mois). La collecte de données s'est échelonnée du 1^{er} avril 2014 au 1^{er} juin 2015.

Figure 6. Déroulement de l'étude⁶



Les phases de l'étude étant explicitées dans l'article IV (p. 108), nous ne présentons dans la prochaine section que des compléments d'information qui n'ont pu être intégrés aux articles présentant les résultats de la présente étude.

3.4.1 Phase 1 : développement de l'intervention

Complément d'information : La première étape du développement de l'intervention a été la documentation du contexte d'implantation par l'immersion dans le milieu, l'examen de la documentation disponible et les entretiens individuels avec intervenants et patients, ce qui a permis de répondre à la première question de recherche de la thèse : quel est le contexte d'implantation du REPI?

Pour ce qui est du développement du REPI, un **comité d'experts** a été mis sur pied de pair avec l'infirmière-chef. Il était composé de l'étudiante-chercheuse, de l'infirmière-chef

⁶ Les étapes présentées en italiques référant à la compréhension du milieu constituent l'objet de l'article III de cette thèse (p. 82 à 102), alors que les autres étapes du déroulement de l'étude font l'objet de l'article IV (p. 104 à 126), tous deux présentés dans le chapitre 4.

d'unité, des assistantes infirmières-chefs de jour et de soir, de trois infirmières de l'unité démontrant un *leadership* clinique positif sur leurs pairs ainsi que d'un patient partenaire de recherche. Le recrutement du patient partenaire a été encadré par le protocole du milieu *Participation des utilisateurs de services à des comités cliniques et administratifs ou autres activités* (PL-SU-172) qui détermine toutes les modalités quant à leur recrutement, leur encadrement, la définition de leur rôle et leur indemnisation financière. Le patient partenaire avait déjà vécu un IC et avait déjà collaboré à des activités de recherche. Une première réunion d'une heure a permis à l'étudiante-chercheuse de présenter son projet doctoral et une synthèse du *scoping review* sur le REPI. Deux autres réunions d'une durée d'une heure trente chacune ont servi à adapter le REPI aux besoins du milieu. À cet effet, le modèle de REPI d'Huckshorn (2004) qui comporte un volet avec le patient et un volet en équipe a été présenté au comité d'experts. Puisque dans ce modèle, seul le retour REPI en équipe est opérationnalisé, il a été nécessaire de s'inspirer du modèle de REPI avec le patient du *Thames Valley University Post Incident Review Framework* (Bonner, 2008). Ce dernier est constitué de 14 questions destinées au patient pour l'assister à gérer ses sentiments et à discuter des déclencheurs, des facteurs jugés importants par le patient et des problématiques à considérer dans une future situation à risque d'acte violent. Quant au REPI en équipe, le modèle d'Huckshorn (2005) propose une analyse formelle (69 questions) afin de diminuer les effets négatifs de l'IC sur le patient et les intervenants, de même que d'en prévenir la récurrence. Les données de ces rencontres ont été recueillies par l'étudiante-chercheuse sous la forme de notes de terrain.

3.4.2 Phase 2 : implantation de l'intervention

Complément d'information : Deux principales stratégies inspirées de Sidani et Braden (2011) étaient prévues au protocole afin d'assurer la meilleure implantation possible du REPI développé à la phase précédente : la formation des intervenants et la surveillance de la fidélité de l'intervention.

Les modalités de la formation des intervenants ont été décidées lors de la dernière réunion du comité d'experts visant à développer le REPI. En lien avec la complexité de l'intervention, deux capsules informatives théoriques de 15 minutes ont été proposées par

l'étudiante-chercheuse afin de couvrir les deux volets de l'intervention (pour le patient et pour l'équipe). Les éléments présentés couvraient la nature du problème, la solution présentée, le contexte de développement de l'intervention, la nature de l'intervention (nom, but, composantes, mode de livraison) et les effets attendus. La formation a eu lieu en septembre 2014 pour diminuer les problèmes liés au recrutement des intervenants durant la période estivale. Six présentations ont été faites de jour, de soir et de nuit dans une salle de réunion fermée ou au poste infirmier, ce qui a permis de rejoindre 22/29 infirmières et préposés aux bénéficiaires, soit 76% du personnel régulier. Puisque deux infirmières représentant l'équipe de travail de jour et deux infirmières de l'équipe de travail de soir avaient participé au comité d'experts ayant développé l'intervention, celles-ci ont été identifiées comme des personnes ressources lors de la formation pour l'ensemble du milieu afin de favoriser le transfert des connaissances et l'adhésion au projet. De plus, une nouvelle version du protocole IC intrahospitalier a été implantée lors des mois suivant la phase 2 du projet doctoral et, grâce aux partenariats développés pour la mise en œuvre de l'étude, ce protocole intégrait le volet de REPI avec le patient. Chaque intervenant de proximité (agents de sécurité, préposés aux bénéficiaires et infirmières) de l'institut a reçu une formation de six heures sur ce protocole par une conseillère en soins infirmiers spécialisée en santé mentale. Cette formation a pu servir de rappel pour les personnes ayant déjà été rencontrées lors de la capsule informative et a pu permettre de rejoindre celles qui n'avaient pas pu être rencontrées.

Par la suite, la formation a été suivie d'une période de mise à l'essai d'un mois où l'étudiante-chercheuse était présente plusieurs fois par semaine de jour et de soir pour répondre aux questions des intervenants et soutenir l'équipe dans le processus d'appropriation. En comité d'experts, il a aussi été convenu qu'il n'y aurait pas de surveillance systématique de la fidélité de l'intervention (par ex., liste à cocher par les intervenants, observation) lors de l'application de l'intervention. Ce choix répondait aux préférences des participants qui ont exprimé ne pas vouloir être observés et être réticents à remplir de nouveaux documents. L'absence de surveillance de fidélité de l'intervention à ce moment de l'étude leur a aussi laissé toute la latitude possible afin qu'ils s'approprient le REPI. Il a donc été décidé que la fidélité serait examinée lors des entretiens avec les participants prévus à la troisième phase de l'étude. Aucun changement n'a été effectué à l'intervention lors de cette période, par contre un

tableau de suivi des mises en isolement et des retours effectués a été produit afin de faciliter le partage d'informations entre les intervenants et l'étudiante-chercheuse. Un cahier de communication a aussi été mis à la disposition des intervenants au poste de l'unité où ils pouvaient noter s'ils faisaient des changements, s'il y avait des spécificités lors de l'intervention ou s'ils avaient des questions.

3.4.3 Phase 3 : évaluation de l'intervention

Complément d'information : Cette phase a permis de répondre aux questions de recherche suivantes : 1) Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'implantation du REPI selon les patients et les intervenants?; 2) Quelle est la perception des patients et des intervenants sur les modalités et les retombées du REPI?; et 3) L'implantation du REPI est-elle associée à une diminution de la prévalence et de la durée des épisodes d'IC? Des entretiens semi-dirigés individuels avec des patients ($n=3$) ont permis d'explorer leur perception de l'intervention, les obstacles et éléments facilitant l'intervention, et leur expérience d'IC en lien avec le REPI ou de son absence. Au dernier mois de la phase évaluative, un entretien individuel post-implantation du REPI avec des intervenants de l'unité impliqués lors du développement de l'intervention et/ou ayant eu un lien significatif avec une personne ayant eu une mesure de contrôle ($n=12$) a été conduit. La prévalence et la durée des IC de tous les patients de l'unité étudiée (question 4) a été documentée durant les six mois précédant et six mois suivant l'implantation du REPI à partir de la base de données informatisée spécifique aux protocoles IC utilisée à travers l'hôpital sous forme de données administratives anonymisées.

3.5 Échantillons, critères de sélection et recrutement

Complément d'information : Les différentes phases de l'étude ont exigé des échantillons spécifiques.

L'étape de compréhension du cas de la phase 1 a fait appel à des échantillons d'intervenants ($n=14$) et de patients ($n=3$). Pour les intervenants, ils ont été sélectionnés par un échantillon de convenance à partir des critères d'inclusions énoncés dans l'article III (p. 87).

Le recrutement des intervenants a été assuré par l'étudiante-chercheuse pour diminuer les biais de sélection en faveur des intervenants présentant les meilleures pratiques selon les questionnaires. Pour favoriser leur recrutement, une invitation à participer à des entretiens individuels a été lancée lors de la présentation du projet aux intervenants de l'unité, ce qui s'est soldé par un taux de participation de 100%. Puisque l'accent est mis sur les infirmières en raison de leur *leadership* dans l'équipe interdisciplinaire lors de l'application des mesures de contrôle en situation d'urgence, toutes les infirmières désirant participer à l'entretien et répondant aux critères ont été retenues de façon à assurer une saturation des données maximale. Parmi les patients ayant vécu un épisode d'isolement durant la phase 1, un échantillonnage de convenance avait été prévu jusqu'à saturation des données. La taille d'échantillon a été déterminée en se basant sur les données disponibles les plus récentes sur l'incidence de l'IC dans le milieu, soit 23,2% des personnes hospitalisées (Dumais et al., 2011) et sur le taux de participation des études visant la perception des patients sur les mesures coercitives, variant de 18% à 89% (Soininen et al., 2014). En tenant compte du nombre de personnes hospitalisées dans le milieu en 2012 ($n=120$) et d'un taux de participation attendu de 50%, un objectif de trois à six patients avait été établi préalablement à l'étude pour une période de 3 mois avec la visée d'atteindre la saturation des données. Cette période de temps avait été choisie pour favoriser la collaboration avec le milieu clinique qui prévoyait des changements à son protocole IC à l'automne 2014 et pour répondre à des impératifs de faisabilité en contexte de projet doctoral. Or, bien que le taux de participation ait atteint 43% ($n=3/7$), la saturation des données n'a pu être atteinte pour les patients. Les critères de sélection, le processus de recrutement et le taux de participation sont explicités dans l'article III du chapitre de résultats (p. 87). Spécifions que l'infirmière-chef informait le patient du projet par une lettre de sollicitation (annexe C) et qu'elle a documenté le nombre de patients rencontrés et non rencontrés.

Pour la phase évaluative qualitative, un échantillon d'intervenants ($n=12$) et de patients ($n=3$) ont aussi été sollicités par un échantillonnage de convenance (voir article IV p. 107). Le taux de participation des intervenants a été de 100%. Ceux-ci pouvaient être les mêmes ou être différents de l'entretien pré-intervention. En plus des critères d'inclusion et d'exclusion des intervenants de la phase 1, ils devaient avoir fait l'expérience d'un REPI ou de son

développement. Les modalités de recrutement étaient les mêmes qu'en phase 1 et tous les intervenants invités ont accepté de participer. Pour les patients, le but n'étant pas de comparer l'expérience de l'IC pré et post intervention pour un même patient, des patients différents qu'en phase 1 ont été recrutés pour la phase évaluative (durée moyenne de séjour de 42 jours). Les mêmes modalités de recrutement et d'échantillonnage qu'en phase 1 ont été retenues (voir Annexe D pour la Lettre de sollicitation). Puisque la phase évaluative était d'une période de six mois, l'objectif de recrutement était le double qu'en phase 1, soit de six à neuf patients. Le taux de participation des patients a été de 25% ($n=3/12$). Pour l'évaluation quantitative, les patients admis à l'unité de soins aigus étudiée constituaient le dernier échantillon par échantillonnage accidentel. Tous les patients de l'unité admis sur l'unité étudiée sur la période couvrant 6 mois avant l'implantation de l'intervention à 6 mois après le début de l'implantation ont été inclus afin d'examiner la prévalence de l'IC.

3.6 Collecte de données

Dans une étude de cas, les méthodes sont choisies selon les questions de recherche; ainsi pour cette étude, une approche multiméthode a été préconisée. En effet, le chercheur doit utiliser différentes méthodes pour cumuler des données et ainsi arriver à comprendre l'environnement et les relations qui composent le contexte du cas (LoBiondo-Wood, Haber, Cameron, & Singh, 2013). À la lumière des postulats participatifs, le choix méthodologique doit aussi favoriser l'implication de chacun et doit valoriser la parole des différents participants. Ainsi, les méthodes qui ont été utilisées sont ancrées dans la pratique : immersion dans le milieu, entretiens semi-dirigés et consultation de la base de données administratives des protocoles d'IC.

Immersion dans le milieu. Il y a eu immersion dans le milieu de l'étudiante-chercheuse afin qu'elle puisse se familiariser avec la programmation clinique du milieu et son déploiement sur le terrain afin de mieux comprendre le contexte d'implantation du REPI. Avant de débiter la collecte de données, l'étudiante-chercheuse a présenté le projet doctoral à l'ensemble des intervenants de l'unité de jour et de soir. Du 2 avril au 6 juin 2014, un total de 55,75 heures d'observation ont été effectuées par l'étudiante-chercheuse lors des quarts de

travail de jour et de soir à partir de secteurs névralgiques de l'unité tels le poste infirmier et une table au centre de l'unité où intervenants et patients s'assoient pour discuter de façon informelle. Par la suite, l'observation s'est centrée sur des périodes plus précises (ex. : changement de quart de travail, réunions interdisciplinaires ou activités de groupe avec les patients) qui sont des moments avec une plus grande intensité d'échanges formels et informels entre les professionnels. S'il y avait une intervention de mesure de contrôle lors d'une observation, l'étudiante-chercheuse se positionnait toujours en retrait, à la fois pour être sécuritaire et pour respecter l'intimité du patient et de l'intervenant, car selon Stake (1995), il est de la responsabilité du chercheur de demeurer discret pour ne pas perturber les activités du cas étudié. Les documents disponibles sur l'unité de soins en lien avec la prévention de l'agressivité et les mesures de contrôle ont ensuite été examinés pour documenter les caractéristiques du contexte. Après chaque observation, un journal de bord était complété par l'étudiante-chercheuse dans une pièce fermée de l'hôpital pour que les intervenants ou les patients ne se sentent pas évalués. Les notes d'observation au journal de bord spécifiaient la durée de l'observation, les éléments objectivés de même que des notes réflexives.

Entretiens individuels. Des entretiens individuels avec des patients et des intervenants de l'unité ont permis en phase 1 de documenter le contexte d'implantation de l'intervention (question 1), puis en phase 3 de comprendre les éléments facilitants et obstacles à l'implantation, de même que les caractéristiques et retombées du REPI (questions 2 et 3). À cet effet, des guides d'entretien pour les intervenants (annexe E) et pour les patients (annexe F) ont été développés à partir des quatre concepts-clés du MHSI-UdeM, soit la personne, l'environnement, la santé et le soin, en étant contextualisés aux facteurs décisionnels de l'IC. Le guide d'entretien pour l'entretien individuel avec les patients a été validé avec un patient partenaire de recherche quant à sa complétude, sa clarté et sa pertinence. Les entretiens individuels d'une durée moyenne de 37 minutes ont été conduits dans un local fermé de l'hôpital durant les heures de travail des intervenants ou durant l'hospitalisation des patients selon l'entente conclue avec l'infirmière-chef d'unité par l'étudiante-chercheuse et ont été enregistrés sur bande audio numérique.

Base de données administratives. La base de données administratives dénominalisées a été produite par le conseiller à la performance et à l'intelligence d'affaire de l'hôpital. Elle

était constituée des numéros de dossiers et des heures d'isolement et de contention par patient hospitalisé sur l'unité du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014 et du 1^{er} décembre 2014 au 31 mai 2015, correspondant ainsi à une analyse six mois pré-REPI et six mois post-REPI.

3.7 Analyse des données

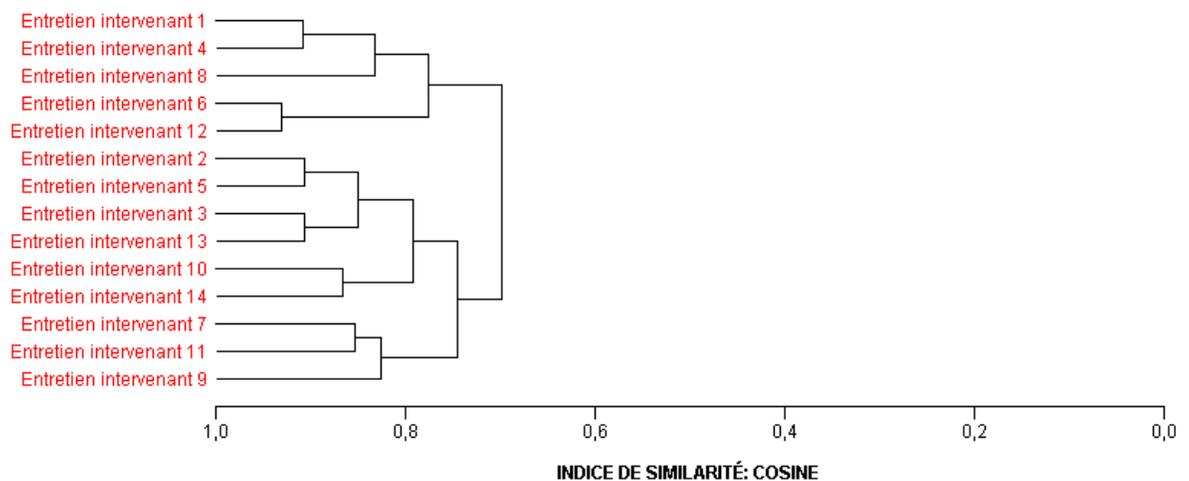
Les données des entretiens individuels ont été enregistrées sur bande audionumérique et retranscrites textuellement. L'analyse des données *qualitatives* a été réalisée selon une méthode d'analyse de contenu thématique qui implique trois flux concourants d'activités : la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration/vérification des données (Miles et al., 2014).

Pour la condensation des données, la gestion des données a été facilitée par le logiciel de traitement des données qualitatives QDA Miner v3.2. Une codification a été conduite impliquant des codes prédéfinis à partir du *Modèle des facteurs qui influencent la décision d'IC* et des concepts centraux du Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM (présentés au Chapitre 2) et des codes émergents en cours d'analyse. Les codes étaient de nature descriptive (ex. : parcours de soin) et de nature interprétative (ex. : liberté d'expression). Un livre de codes a été créé présentant chaque catégorie (méta-code) et sous-catégorie (code), la définition de chaque code ainsi qu'un exemple type de *verbatim* (Annexes G et H). Le choix d'une unité d'analyse, l'apposition d'un code et l'extraction des segments représentatifs ont été effectués en respectant les règles de codification (homogénéité, exhaustivité, exclusivité, objectivité et pertinence) proposées par Bardin (2013). L'homogénéité implique que les unités de sens ayant reçu le même code ne soient pas disparates. L'exhaustivité exige que tout l'entretien transcrit ait été codé. L'exclusivité s'assure qu'une unité de sens n'appartienne pas simultanément à deux codes. Pour ce qui est de l'objectivité, elle implique que deux personnes arrivent au même résultat en termes d'attribution de code. Quant à la pertinence, elle recherche la cohérence entre la codification et le but de la recherche (Bardin, 2013).

Pour la présentation des données, des fiches synthèses par participant et des tableaux synthèses par code ont été produits (exemples en Annexe I). Ces synthèses ont permis de faire ressortir les thèmes récurrents et significatifs à partir des données d'entretiens pour établir les correspondances et les divergences rencontrées à travers les différents participants et à travers les codes. Les correspondances et les divergences dans les données ont aussi été identifiées par

la production d'une analyse de similitude des participants permettant d'explorer l'émergence de profils selon les segments codés pour chaque entretien (figure 7). Attendu que cet examen a révélé davantage de similarités que de divergences et que ces dernières n'étaient pas liées à la profession de l'intervenant (ex. : intervenants 1 et 4 versus les autres participants), il a été décidé de ne pas tenir compte du type d'intervenant dans l'analyse des données.

Figure 7. Dendrogramme de similitude des participants



Pour l'élaboration et la vérification des données, des exercices de codage-recodage (codification par l'étudiante-chercheuse du même matériel à une semaine d'intervalle) et d'accord interjuge (étudiante-chercheuse, la directrice de thèse et un patient partenaire) pour lesquels les valeurs ont été présentées dans l'article résultats III et IC (p. 88 et p. 115) ont assuré la fiabilité du processus de codification. Une fois la codification terminée, une matrice de codage de segments inverses a été générée à partir de QDAMiner pour identifier tous les *verbatim* liés à un code et ainsi vérifier la cohérence des citations pour chacun des codes et de faire des ajustements au besoin.

Pour les données *quantitatives*, des statistiques descriptives ont été réalisées avec des moyennes et écart-types pour décrire le nombre d'heures en isolement et celui en contention ainsi qu'avec des fréquences et pourcentages pour décrire l'utilisation d'IC (absence versus présence). Pour répondre à la question 4 sur le nombre d'heures en isolement et celui en contention, nous avons réalisé deux tests de Mann-Whitney pour comparer les nombres

d'heures dans les deux groupes, soit pré et post REPI. Le recours à un test non paramétrique était requis compte tenu que l'examen visuel a révélé une distribution des données à asymétrie positive, ce qui est une alternative de choix lorsqu'il y a violation d'un postulat du test t pour échantillons indépendants (Lehman, 2006). Le groupe pré correspond aux patients hospitalisés six mois avant le début de l'étude (1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014) et le groupe post aux patients hospitalisés six mois après l'implantation du REPI (1^{er} décembre 2014 au 31 mai 2015). Pour connaître l'effet du REPI sur l'utilisation d'IC, la fréquence dans les deux groupes a été comparée à l'aide d'un test du Khi-deux. Un seuil de signification de $p < 0.05$ a été retenu. Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS version 23.0. Les analyses statistiques ont été validées par un statisticien indépendant du Bureau de Service de consultation statistique de l'Université de Montréal qui n'était pas informé de l'appartenance des participants à l'un ou l'autre des groupes.

3.8 Considérations éthiques

L'étude a été soumise au comité d'approbation scientifique de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, puis aux comités scientifique et éthique de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (2013-042) (Annexe J).

Les normes édictées par l'Énoncé de politique des trois Conseils (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2010) ont été respectées. En effet, le consentement libre et éclairé de tous les participants ou de leur représentant a été assuré en les informant de la nature de l'étude et des conséquences possibles et préalables à toute collecte de données. Les formulaires d'information et de consentement pour les entretiens individuels avec l'intervenant, avec le patient pré-intervention et post-intervention sont disponibles à l'annexe K.

Chaque participant était aussi libre de se rétracter en tout temps, et ce, sans préjudice tant pour les intervenants que pour les patients. Une demande officielle a été faite aux archives afin d'avoir accès aux statistiques des protocoles d'IC. Toutes les données ont été dénominalisées et codées. Les données ont été protégées par un mot de passe que seules

l'étudiante et la directrice de thèse possèdent. À la fin de l'étude, les données ont été archivées dans un endroit fermé à clé pour une durée de sept ans. En ce qui a trait aux considérations éthiques concernant l'immersion dans le milieu, puisque l'étudiante-chercheuse n'a recueilli aucun renseignement personnel et que la diffusion des résultats ne permettait pas d'identifier les participants, le consentement n'a pas été nécessaire tel que le stipule l'Énoncé de politique des trois Conseils (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2010).

De plus, des précautions supplémentaires ont été mises en œuvre étant donné la nature sensible du sujet et les groupes vulnérables qui y étaient impliqués. Chez les patients partenaires de recherche, l'encadrement et la rémunération ont été établis selon la politique élaborée par le comité patient partenaire, *Participation des utilisateurs de services à des comités cliniques et administratifs ou autres activités* (PL-SU-172). En ce qui concerne la vulnérabilité des patients, certaines précautions ont été prises par l'étudiante-chercheuse sur les bases des recommandations de Larue et al. (2013) :

- a. Avant de solliciter le patient, consultation des membres du personnel infirmier afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de contre-indication (troubles cognitifs empêchant la compréhension du sens des phrases ou encore possibilité d'agitation);
- b. Lettre de recrutement des patients remise directement aux patients pressentis par l'entremise de l'infirmière-chef de l'unité;
- c. Note rédigée par un membre de l'équipe traitante indiquant que le patient a été sollicité inscrite au dossier des patients afin d'éviter d'autres sollicitations;
- d. Compréhension du consentement assurée par la lecture intégrale de l'étudiante-chercheuse ou encore par la lecture du patient lui-même;
- e. Dans le cas où un patient éprouverait un malaise lors de l'entretien, l'étudiante-chercheuse cesse immédiatement l'entrevue et recommande le patient à son intervenant.

Dans une monographie sur les méthodes de recherche qualitatives en santé mentale, Harper et Thompson (2012) soulignent que les intervenants seraient tout autant vulnérables que les patients. À cet effet, une entente verbale de confidentialité et de non-divulgence à l'employeur entre l'étudiante-chercheuse et les participantes a été proposée afin de démontrer que ce projet ne constituait pas une évaluation de leur pratique (Harper & Thompson, 2012).

Dans le même esprit, même si la confidentialité est respectée, ces auteurs soulignent qu'il est parfois possible de reconstruire l'histoire et de l'identifier à une personne spécifique – les milieux de pratique étant petits – ce qui a mené l'étudiante-chercheuse à beaucoup de prudence lors de la présentation des résultats.

Chapitre 4. Résultats

Le but de notre étude visait à développer, implanter et évaluer le REPI auprès des intervenants et des patients d'une unité de soins psychiatriques aigus afin d'améliorer leur expérience de soins. Ce chapitre présente les résultats qui en découlent sous la forme de deux articles. Le premier d'entre eux (article III de la thèse) a permis de comprendre le contexte dans lequel l'intervention du REPI allait être déployée. Ces connaissances étaient préalables au développement, à l'implantation et à l'évaluation des retombées du REPI auquel est consacré le second article des résultats (article IV).

4.1 Documentation du contexte d'implantation du REPI : troisième article

Le troisième article de la thèse présente la première étape de la phase de développement du REPI, soit la compréhension du milieu. Il permet de répondre à la première question de cette thèse, soit : quel est le contexte d'implantation du REPI? Plus spécifiquement, l'article visait à comprendre les pratiques actuelles d'IC selon la perception des intervenants et des patients dans une unité de soins psychiatriques. Il a été soumis en mai 2016 pour publication au *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (JPM-16-0143) (Annexe L). Le rôle de l'étudiante-chercheuse pour cet article a été de procéder à la conception du protocole, à la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, ainsi qu'à la rédaction du manuscrit.

Auteurs : Goulet, M.H., Larue, C.

Title: A case study: practices surrounding the use of seclusion and restraint in acute psychiatric care

Accessible Summary

- These results offer a comprehensive understanding of health care providers' and inpatients' perspective on the practices surrounding the use of seclusion and restraint.
- Patients believed that seclusion and restraint can create a vicious circle of aggressive behaviour fuelled by profound patient feeling of injustice. They felt they had to conform to staff expectations and unit rules, which is inconsistent with an egalitarian and individualized approach
- Participants' viewpoint show the ongoing need to foster opportunities for an authentic communication, especially through a post-seclusion and/or restraint review.

Abstract:

Introduction: Since it is recognized that seclusion and restraint affects patients, staff, and organizations alike, it is essential to understand the viewpoints of all stakeholders in order to improve practices.

Aim: The study aimed to understand the context in which seclusion and restraint practices are employed based on the perception of staff and inpatients in a psychiatric ward.

Method: A case study approach was used in keeping with a participatory approach. Methods included a 56-hour immersion in the practice setting and individual interviews with staff (n=14) and patients (n=3) recruited by convenience sampling.

Results: The main themes discussed by the participants were patient characteristics (etiology of the violence varying from intentional to symptomatic, difficult experience for patients), staff characteristics (feelings of safety varying among staff members, rationalization of seclusion and restraint use), and environmental characteristics. Findings also underpinned that explicit and implicit standards seems to influence SR management (alternatives, last resort, post-seclusion and/or restraint review).

Discussion and conclusion: The study contributes to current knowledge by shedding light on the context in which seclusion and restraint practices takes place. Our results support the potential to develop tertiary prevention measures in which both patient and staff perspectives are taken into account in strategies for conducting research.

INTRODUCTION

Although many seclusion and/or restraint (SR) reduction programs have been developed in recent years, the prevalence of SR remains high, affecting as much as 23% of mental health inpatients (Noorthoorn et al., 2015). In Quebec, seclusion is defined as “A control measure that consists in confining an individual to a location for a specific period of time and from which the person may not leave freely” and restraint as “A control measure that consists in preventing or limiting a person’s freedom of movement by using human strength, any mechanical means or by depriving the person of an instrument used to offset a handicap” (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015, p. 5). The effects of SR are well known and documented in the literature.

Studies have highlighted the adverse physical consequences of SR for patients, including discomfort, injury, and even death (AGIDD-SMQ, 2014; Weiss et al., 1998). The psychological consequences range from feelings of fear, shame, injustice, anxiety, and neglect. They can also trigger past traumatic events (Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holli, & Valimaki, 2012; Larue et al., 2013; Ling, Cleverley, & Perivolaris, 2015; Perron, Jacob, Beauvais, Corbeil, & Bérubé, 2015). As well, when such a measure is used, patients lose trust in staff, potentially disrupting the therapeutic relationship (Ling et al., 2015).

As regards care providers involved in SR, studies reveal that they can experience feelings of shame, fear, guilt, and distress, as well as suffer injury when applying the measure (Happell & Harrow, 2010; Larue et al., 2010; Perron et al., 2015). Many are concerned about abusing patient rights and feel conflicted about the inherent contradictions of their duties: deliver care while maintaining social rules. At the organizational level, SR entails both direct and indirect costs related to close patient monitoring and staff injury and absenteeism (Hallett et al., 2014; Papadopoulos et al., 2012).

A systematic review of violence prevention in inpatient psychiatric settings suggests looking to the public health model when contemplating ways to manage aggressive behaviour (Hallett et al., 2014). In this model, primary prevention entails creating a care environment that discourages aggressive behaviour. Secondary prevention is described as the actions taken when a patient is deemed to be at risk for aggression, while tertiary prevention seeks to manage the effect of the SR and to prevent a recurrence.

Since the consequences of SR affect the patient, staff, and organization alike, it is essential to better understand each participant's viewpoint in order to improve practices. As part of a study on the use and effects of a post-seclusion/restraint review, we sought to

understand the context in which SR practices are employed based on the perception of staff and inpatients in a psychiatric ward.

METHOD

Design and theoretical framework

A case study approach was used (Stake, 2008) in keeping with a participatory approach, where each viewpoint leads to a better understanding of a problem within a specific context.

An adaptation of the multifactor model of influence decision making regarding seclusion developed by Larue et al. (2009) was used to guide the documentation of the context of SR practices, the interviews framework, and the analysis (Figure 5, page 60). This model aims to set out and categorize the factors in play in aggression and agitation management situations as perceived by the healthcare teams, particularly the nurses, such as patient, staff, treatment team, environmental, and organizational characteristics

Setting

The case in this study was an adult psychiatric acute care unit of a Montreal-area tertiary psychiatric hospital (420 beds) serving a mainly French-speaking population. The selected unit had a capacity of 27 patients with an expertise on first psychotic episode and mood disorders. Its patients presented with the two profiles most at risk for being placed in seclusion in this institution: young psychotic men and women over age 35 presenting with bipolar disorder (Goulet et al. 2013).

To ensure the study's feasibility and acceptance, the following inclusion criteria were used: no scientific project overload, leadership by a unit head, and no changes in SR practices in the six months preceding the study.

Sampling

Convenience sampling was used for staff selection ($n=14$), based on the following inclusion criteria: be a full- or part-time employee (orderly, nurse, occupational therapist, psychiatrist or manager) or a replacement for at least three months in the unit selected, and have been involved in an SR episode. The care providers, all of whom agreed to participate (100% participation rate), were selected until data saturation was reached. The sample consisted of nurses ($n=6$), psychiatrists ($n=2$), occupational therapists ($n=2$), orderlies ($n=2$) and managers ($n=2$). The participants were predominantly women ($n=11$) who mainly worked day shifts ($n=11$) and who had an average of 18 years' experience in mental health. The sample is representative of the proportion of the different team members.

For patients, a convenience sample was used based on the following inclusion criteria: 1) must have experienced an SR episode in the selected unit within the last 8 to 30 days, 2) have a clinical or cognitive status that rendered them interviewable, and 3) be an adult with the capacity to consent. The proposed time period allowed patients to return to a pre-crisis state while avoiding a reconstruction of the event (Soininen, Putkonen, Joffe, Korkeila, & Välimäki, 2014). Patients agreeing to participate met with the lead researcher, who provided them with more information about the study, had them sign the consent form, and proceeded with the interview. The participation rate was 43% ($n=3/7$); refusal was associated with reluctance to sign the consent form and difficulty revisiting a painful topic. The patient sample

($n=3$) consisted of two women and one man presenting with psychotic symptoms and two of them were in preventive confinement.

Given the small sample size, no additional information on sociodemographic data is provided to ensure the confidentiality of the participant (Harper & Thompson, 2012).

Data collection

From April to June 2014, the first author immersed herself in the practice setting and individual interviews were held with patients and staff.

Immersion in the practice setting. During the 56-hour immersion, the lead researcher familiarized herself with the clinical program used in the practice setting and the available documentation. The unit's key areas (e.g., nursing station) and specific periods (e.g., interdisciplinary meetings) were selected due to the greater number of formal and informal staff-patient exchanges. Observations were recorded in a logbook after each immersion session.

Individual interviews. Individual interviews with staff ($n=14$) and patients ($n=3$) were held. An interview guide was used, validated, and adapted beforehand by a patient-partner to ensure it was comprehensive, clear, and relevant. Interviews lasted 34 minutes on average and were conducted and recorded in a closed room in the hospital.

Data analysis

The interview data were transcribed textually and analyzed using a content analysis method involving three concurrent activity flows: data reduction, data display, and conclusion drawing (Miles et al., 2014). The data was processed using the qualitative data analysis software QDA Miner. Units of meaning were identified and grouped into categories in accordance with their homogeneity, exhaustiveness, exclusivity, objectivity and relevance.

For patient interviews, a high level of inter-rater reliability ($\kappa = 0.92$) was achieved with a research patient-partner over 30% of the transcribed data with a codebook proposing a definition and an example for each code. For staff interviews, the authors achieved a high level of inter-rater reliability ($\kappa = 0.86$) over 10% of the transcribed data with a codebook proposing a definition and an example for each code. Lastly, a multi-recoding reliability exercise, in which the same pages were coded a two intervals, ensured excellence internal coherence ($\kappa = 0.95$). Method triangulation was ensured by an iterative process with the logbook notes and the interviews analysis.

Ethical considerations

Compliance with the *Tri-Council Policy Statement : Ethical Conduct for Research Involving Humans* (Canadian Institutes of Health Research et al., 2014) was assured. The protocol was submitted and accepted by the hospital's research and ethics committees (P2013-042).

RESULTS

Staff and patient viewpoints: the main themes

Staff and patient viewpoints (792 and 212 coded segments, respectively) are presented below for the main themes of the analysis: patient's experience, staff, and environmental characteristics; team standards; and SR management. Other themes like decision to use SR and role of each staff member were addressed by some participants but are not developed in this paper.

Patient's experience characteristics. The etiology of the violence and the emotions experienced form the basis of the discussion on patient characteristics.

Etiology of the violence: between intentional and symptomatic. Staff described the patients as young adults, mostly between the ages 18 and 35, with a first psychotic episode and severe comorbid substance abuse, increasing the perceived risk.

Staff opinion varied on the etiology of the violence; while attributed by some to mental health issues, others ascribed an element of intent to the violence, stating, for example, that "the attacks are usually malicious" (I3). Thus, according to staff, after an SR event, it is important to relieve patients of responsibility, explaining that it is not their fault, or conversely, hold them accountable so that they understand that their behaviour was unacceptable.

A difficult experience for patients. Whereas staff mainly discussed etiology and risk factors, patients focused more on the emotional impact of SR. Overall, patients had a negative

view of this event. Discussing their seclusion evoked feelings of sadness and stress: *“It affected me a lot. Even if you take pills, they don’t work right away. So, in my case, I had time to feel the stress this causes, before the pills kicked in. It’s really not a good feeling, you feel you’re being abused”* (P2). In all cases, patients lamented the loss of autonomy and compared SR to incarceration: *“I felt like a prisoner”* (P3).

All patients expressed a profound sense of injustice due to the lack of communication: *“I thought it was unfair, because they don’t really give us a chance to explain. They don’t even give you the benefit of the doubt”* (P2). All felt that the control measure *per se* escalated their aggression; the initial trigger therefore became irrelevant and was replaced by reactive behaviour in response to a feeling of injustice. Indeed, many care providers believed that patients viewed SR as a punishment and as a humiliating intervention that undermines their dignity. Others described SR as a difficult and sometimes traumatic event for patients: *“They’re afraid to come back to the hospital for fear of being placed in restraints”* (I14).

Patients also struggled post-SR; they felt uncomfortable returning to the unit and reported feeling rejected and that a grudge was harboured against them: *“It’s been a while since I was there, yet I still feel like she’s holding a grudge even though I didn’t do anything to her”* (P1). Nurse-patient trust was therefore affected. Still, a few care providers disagreed that patients considered the intervention harmful to the therapeutic relationship, that they did not like to talk about the experience, and that grudges were harboured by either side.

Staff characteristics. The feelings of safety and emotions experienced form the basis of the discussion on staff characteristics.

Feelings of safety varied among staff members. Staff perception of safety varied over a continuum of “feeling safe” (I3) to “afraid of being killed on the job” (I1). Factors cited as contributing to feeling less safe pertain to the physical environment (far from the nursing station, lack of safety equipment), lack of communication with security officers, work organization (number of required tasks and staff/patient ratio), and patient characteristics (e.g., impulsiveness). Contributing to a positive sense of safety were, among other things, the relationship of trust with the team, the training received, preventive interventions, work experience, and communication of information about at-risk patients.

Care providers who experienced or witnessed a major assault could feel less safe and become hypervigilant. Some felt that insufficient support was provided by peers and management following a difficult experience while others found it readily available.

On the whole, care providers rarely felt totally safe but were also not overwhelmed by fear. Although these feeling remained in the background, staff affirmed that their day-to-day work was not affected by their perceived sense of safety.

From emotion to rationalization. Staff had the greatest difficulty applying the SR protocol when the intervention entailed extreme violence. In such cases, staff members reported feelings of sadness, guilt, and anguish. One member also pointed out that it was difficult to remain neutral when they were on the receiving end of the aggression.

For many, the ability to rationalize the intervention as a last resort justified by the situation made SR more acceptable. The development of this mechanism stemmed in part from their experience: *“It’s not nice to say, but you get used to it over time. I remember the first time, I started crying. It’s really hard because you say to yourself that you’re the bad one. But what you’re doing is not bad, because you know that if you let the person continue*

behaving this way, you could be putting everyone in danger” (I8). One team member felt a sense of failure in connection with the intervention, “I tell myself that maybe things could have been handled differently, maybe seclusion was not the solution” (I11).

Environmental characteristics

Staff described their practice setting as unsafe (e.g., door of the nursing station smashed in, numerous blind corners, overcrowding). In this regard, their statements were punctuated with comments such as *“You learn real fast once you’ve been knocked down on the floor and had your face smacked a few times,”* and *“I was afraid for my life.”* On the topic of incident and accident reports, it seems that aggression in this unit was rare but that its intensity had left its mark. Consequently, physical adjustments had been made to improve the therapeutic environment, including a comfort room.

When patients discussed the hospital environment, they spoke only of the seclusion room. They appreciated being able to know the time and being provided a comfortable bed but would have liked to have the right to certain accommodations (e.g., smoking). One patient said that he would have calmed down quickly had the environment of the seclusion room been similar to the comfort room.

Explicit and implicit standards

Participants spoke less about the explicit standards of the hospital protocol than they did about the treatment team’s implicit rules. Thus, their comments were replete with deontic expressions (e.g., we have to, you must), indicating that both sides had internalized the standards to which patients and staff must adhere.

Organizational standards called for a reduction in SR. According to senior staff, the SR approach had changed dramatically over the decades, shifting from punitive to risk management. Staff members perceived an organizational willingness to reduce control measures but disagreed on whether this was a good idea. While some considered that a strict protocol had improved practices, others saw no reason for talking about SR reduction since it was already used as a last resort and felt that a discussion on aggression reduction would be more relevant.

Standards for staff. All participants agreed on a graduated approach, i.e., beginning with the least coercive intervention and increasing to the most coercive. In fact, trying alternatives before SR is the norm: *“You have to act quickly in to prevent the spark from turning into a full-fledged fire that will burn the house down”* (I3).

Staff appeared to have a normalized response when confronted with potentially aggressive behaviour. Although their flexibility was sometimes perceived as an asset in preventing escalation, more often than not it was viewed as encouraging divisiveness. For example, one staff member said that *“there should be a common language where the same rule applies to anyone who’s acting out; they go into the room”* (I2). However, some wondered about the rigidity of these rules, which can, at times, trigger an escalation of aggression. Consequently, a wide variety of practices existed, with some care providers viewing the patient as a partner and others opting for a hierarchical, paternalistic relationship where inappropriate behaviour or non-compliance with unit rules necessarily entailed loss of privileges. Although many participants said they could discuss these differences of opinion freely, others found it difficult to do so.

Another normalized behaviour was the absence of reaction to a violent experience. Experiencing or witnessing a violent act was presented as being part of the job, which seemed to lead to a process of normalization.

Patients must behave appropriately. The treatment team agreed on the need to establish and have patients adhere to rules. *“We definitely don’t tolerate this. We have to set limits”* (I6). Some compared these rules to the rules any citizen would be required to follow. In this spirit, shared by several care providers, unacceptable behaviour must entail consequences: *“Patients take us seriously. They know there are things we won’t tolerate”* (I8).

Patients therefore have to adapt to how the team operates and know the limits. Patients spoke about how they learned these limits through the deterrent effect of SR, whether by experiencing it themselves, *“I’m going to make sure I never end up in there again”* (P1), or by witnessing an SR event. The deterrent effect was also created by internalizing the notion that there would be consequences for inappropriate behaviour: *“I used to get angry, but I don’t anymore because I don’t want to be put in restraints again.”* (P3). The standard was therefore to adopt acceptable behaviour in order to avoid SR, in other words, not to express intense emotions. *“I saw two women placed in the seclusion rooms, and I said, “You need to calm down, I’ve been there, and if you don’t calm down, you’re not going to get out”* (P2). The choice of words “you need to” reflected a relationship that was perceived as hierarchical as opposed to one of equal partnership.

Prevention of aggressive behaviour: alternatives, SR, and its consequences. Participants discussed alternatives, SR, and the post-seclusion and/or restraint review.

The use of alternatives was an embedded practice. The alternatives mentioned were patient removal to their rooms, sensory reduction, medication, and the comfort room. Care providers mentioned the following interventions to strengthen the therapeutic relationship: establish a relationship of trust, reassure, comfort, discuss, negotiate an agreement, show empathy, set common objectives, and encourage a motivational approach.

Only one patient mentioned the use of alternatives during hospitalization: *“They put me in the relaxation room and it was okay. It did me good”* (P3). The other patients had the impression that no other intervention was attempted.

SR is a last resort. All staff members agreed that SR is a last resort, used when patients pose a danger to themselves or others. The goal of this intervention is to help the person regain control: *“It’s not about making sure the patient doesn’t win. When seclusion is involved, nobody wins”* (I5). The dangerous behaviours to which staff referred varied from inappropriate conduct (e.g., repeated demands and protests), potentially violent behaviour, and violent behaviour. When discussing prevention, care providers implicitly meant preventing aggression rather than preventing the use of SR. Patient perception in this regard revealed diverging perspectives since patients viewed SR as an overreaction by staff to unacceptable behaviour. Patients did not understand how such a measure was justified and wanted to better understand their care providers’ point of view.

Although aware that their peers did not share their opinion, a few care providers endorsed punitive seclusion for inappropriate behaviour. This position is consistent with a paternalistic approach where patient cooperation is not sought to diffuse escalation; instead, the IC measure is considered a legal mechanism to re-establish authority.

Patient debriefing was informal and not systematic. Examination of the post-seclusion and/or restraint reviews (PSRR) with patients revealed a lack of uniformity in the objectives, methods, and themes discussed.

Objectives and themes discussed. According to staff, a PSRR is essentially an opportunity to review the patient's behaviour that led to the decision to apply SR; in other words, an explanation to justify the intervention. Only one staff member mentioned the objectives of the PSRR: *"It allows us to update our methods so we can reduce the use of SR. Also, it's really up to the patient to ensure that when we use measures like this, we make sure that the patient wasn't traumatized, that the therapeutic relationship wasn't harmed, all that kind of stuff"* (I11).

Staff members indicated that the topic of patient emotions was not usually raised. In fact, they admitted to feeling uncomfortable managing the emotions patients might express during a PSRR: *"Revisiting the topic means opening the door to other repressed emotions that perhaps are better left that way"* (II7). Thus, following this logic, feelings are explored only if they are brought up by the patient. For other participants, it was the exact opposite: expressing emotions is what the PSRR is all about. Consequently, active listening, venting, reassurance, going over how the events unfolded, discussing the patient's feelings, identifying signs, and exploring different ways for patient and staff to respond to future situations of escalating aggression are all part and parcel of the PSRR. The patients felt that the PSRR should be centred on their needs, i.e., provide reassurance, give them the chance to explain themselves, allow them to express how they felt during the SR experience, and help them manage their anger and understand the staff's point of view.

The treatment team saw several advantages to the PSRR; more specifically, it offers an opportunity to assess the patient's self-critical abilities, to restore the therapeutic relationship, and to acquire new information in order to develop an individualized treatment plan.

Methods varied among staff. PSRR methods varied with the care providers. Some said that a PSRR was not usually conducted if the event was an isolated occurrence, something they considered a shortcoming in patient treatment. Indeed, the patients interviewed confirmed not having had an opportunity to meet with either a nurse or a psychiatrist post-SR to discuss the event: *“When it’s over, they take you out of the seclusion room and they go into their office to make notes about my behaviour, but there’s never a review”* (P2).

For other care providers, the review took the form of an informal discussion or support from the designated nurse immediately or a few days post-SR. Waiting 24 hours increases patient receptiveness and gives both parties the time required to recover from the impact of the SR so they can have a meaningful discussion. Patients said they would like staff to wait a few hours before discussing the episode as this would give them *“time to recover”* (P2). Staff cited the following reasons for not undertaking a PSRR: no patient request to this effect, the impression that patients do not want to relive the incident, and a perceived lack of self-critical skills. Patients, however, clearly felt the need to review the event: *“It’s really about being professional and maybe discussing it with the patients, because, for me, it was really traumatic”* (P3). However, one patient was ambivalent about revisiting the event because it would *“rub salt into the wound”* (P1).

For staff, a PSRR that reflects best practices would be responsive to the patient experience, explore what was difficult and helpful, clarify the sequence of events, and validate

patient takeaways. The PSRR could be conducted by a neutral person who was not involved in the SR or by a peer support worker in order to provide another perspective.

Staff debriefing took place only in exceptional situations. The PSRR with the treatment team took place at two different points in times: during daily practice and following an aggressive incident.

SR or aggression management? There was no team debriefing if no problems were encountered during the SR event. In this regard, some care providers felt that a review should be routinely conducted. If difficulties were encountered during the decision-making process or when the protocol was applied, a PSRR was held immediately at the nursing station. In this case, the PSRR could also serve as learning and training opportunities to standardize practices so that the entire team shares the same referents: *“We debrief the newbies a bit differently because they just got here and it’s part of their training”* (5).

When the aggression was aimed at staff, a PSRR was undertaken to analyze the entire situation with the patient’s regular team and witnesses. Staff said that this type of review was no longer conducted, mainly due to lack of time, its complexity and duration, colleague reluctance to conduct a PSRR, a decrease in the nurse/patient ratio during the review, and stress associated with its coordination. While many care providers considered the team debriefing necessary, they were not convinced of its feasibility.

Overall, PSRR practices depended on the care provider, and there was no clear consensus on its objective with the patient. For their part, team review took place when a serious incident was involved and were centred on staff safety.

DISCUSSION

The goal of this article was to understand the context of SR practices based on the perception of staff and inpatients in a psychiatric unit.

The results of this study provide insight into how SR can create a vicious circle of aggressive behaviour fuelled by profound patient sentiment of injustice. Thus, once the patient is in SR, the aggressiveness trigger paradoxically becomes the reason for SR. The literature, in fact, shows that tension with care providers and feelings of not being heard are potential SR triggers (Hallett et al., 2014; Ling et al., 2015). According to the patients in our study, the relationship of trust is broken following SR, an opinion not shared by all staff members. However, nurses in the study conducted by Perron et al. (2015) reported that a violent episode could greatly complicate the relationship with the patient afterwards. The literature also shows that conducting a PSRR offers an opportunity to restore that trust (Ling et al., 2015). This finding underscores the importance of meeting with the patient post-SR to determine how the relationship has been affected.

As regards the implicit standards in the practice setting, we found that they were internalized by both staff and patients and were shaped by the patient-care provider relationship. Based on their comments, patients believed there was a clearly defined hierarchy in which they had to conform to staff expectations and comply with unit rules; this is inconsistent with an egalitarian and individualized approach. Thus, even if the values of the organization are based on health promotion and recovery for everyone (Pelletier, Davidson, & Roelandt, 2009), it is not enough to change implicit standards. This health care philosophy is based on the assumption that the patient is an active participant in this new partnership;

however, in reality, patients have difficulty viewing themselves in any other capacity than in the expected passive, paternalistic relationship where experts intervene based on the principle of beneficence (Longtin, Sax, Sheridan, Donaldson, & Pittet, 2010). This element, which was not found in the literature on SR, prompts us to think differently about aggressive behaviour management training. Although it is typically aimed at care providers, we must find a way to change patients' internalized standards. A systematic review of care provider and patient perceptions of primary and secondary violence prevention reveals a recurring theme, namely, patient involvement, whereby patients expressed a need to play a role in the organization and delivery of care (Hallett et al., 2014).

The differences in staff tolerance for disruptive behaviour raise questions: while some would have liked to see more systematic responses, others would have preferred to see more flexibility. This divergence of opinion is consistent with the findings of Perron et al. (2015), for whom the psychiatric structure, by its very nature, is a potential trigger due to its rules, privilege system and patronizing practices.

In their day-to-day practice, the care providers had to repress their emotions. The ability to rationalize SR as an inevitable measure appeared to be a coping strategy used by all team members. The dichotomy between staff and patient response – rationality by the former, emotiveness by the latter – is to our knowledge rarely discussed in the literature, surely in part due to each one's respective role. This dichotomy was also found in management of the aftermath: according to the staff, the PSRR with patients mostly served to justify the SR, whereas the patients would have liked it to serve as an opportunity to express their feelings, share their version of the facts and understand the staff's point of view. In the literature, the PSRR is suggested as a means of reducing the incidence of SR and for managing the aftermath

(Bonner, 2008; Huckshorn, 2004; Larue et al., 2010; Ling et al., 2015; Taylor & Lewis, 2012). It is also not surprising that previous studies found that most patients had the impression that PSRRs were not conducted (Larue et al., 2013) or that an explicit mention of PSRR was found in just 1 out of 63 cases (Needham & Sands, 2010). According to the staff, the obstacles to debriefing essentially revolved around the patient. Staff members were also afraid to open a Pandora's Box, i.e., how to handle revelations. In order for care providers to show compassion, they must develop an ability for introspection over time and be able to be themselves with the patient.

For its part, team debriefing took place primarily after a major aggressive incident. Thus, the PSRR was not a priority unless staff was physically injured or psychologically affected by the event. This differentiation is consistent with the findings of Perron et al. (2015), whose study sought to explore care provider and patient perceptions of danger and in which violence was conceptualized in two ways: "intense violence" requiring physical intervention and "minor violence," which refers to manageable behaviour.

Study limitations

Due to the limited number of patients recruited, the data must be interpreted with caution. Since participant perceptions varied in time and space, these results are representative of a specific moment in the data collection process. Social desirability was also a factor taken into account by the authors during the individual interviews and the analysis. Readers are invited to read the description of this case to determine whether the results are transferable to their own setting.

CONCLUSION

This study contributes to current knowledge by shedding light on the context in which tertiary prevention takes place. In this regard, the setting characteristics that come into play in the SR decision must be considered. This study also builds on the multifactor model of influence decision making regarding seclusion (Larue et al., 2009), highlighting the importance of the patient-care provider relationship as a joint means of developing standards for staff and patients alike. However, their respective points of view are rarely taken into account, be it in the patient-care provider relationship or in SR reduction programs. We therefore recommend that such programs target not only the clinical team but address the patient's expected role in an inpatient unit. In this regard, a participatory methodological approach is recommended in which the patient is viewed as a partner and is actively involved.

REFERENCES⁷

⁷ Les références de l'article ont été retirées et sont comprises dans les références générales de la thèse.

Somme toute, cet article a permis de comprendre le contexte dans lequel se situent les pratiques d'IC selon la perception des intervenants et des patients dans une unité de soins psychiatriques. Le fossé entre les perspectives des patients et des intervenants, de même que le besoin de communication exprimé par les patients appellent à un rehaussement de la qualité de la relation thérapeutique. Le REPI semble être une avenue intéressante à cet effet, car il permettrait de reconstruire la relation de confiance affectée par l'IC. Il appert cependant que les modalités du REPI et l'approfondissement des sujets abordés sont très variables selon l'intervenant, prenant parfois la forme d'une justification de l'intervention, parfois celle d'une discussion ouverte avec le patient. Ces constats ont orienté les étapes ultérieures de l'étude qui sont présentées dans le quatrième article de la thèse.

4.2 Évaluation du développement, de l'implantation et des retombées du REPI : quatrième article

Le quatrième article de la thèse a intégré les résultats du développement, de l'implantation et de l'évaluation du REPI. Il a ainsi répondu aux questions de recherche suivantes :

- 1) Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'implantation du REPI selon les patients et les intervenants?
- 2) Quelle est la perception des patients et des intervenants sur les modalités et les retombées du REPI?
- 3) L'implantation du REPI est-elle associée à une diminution de la prévalence et de la durée des épisodes d'IC?

Le but de cet article était donc de rendre explicites le développement, l'implantation et l'évaluation du PSRR auprès des intervenants et des patients d'une unité de soins psychiatriques aigus afin d'améliorer leur expérience de soins. Il a été accepté en juillet 2016 pour publication au *International Journal of Mental Health Nursing* (Annexe M). Pour cet article, l'étudiante-chercheuse a procédé à la conception du protocole, à la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, ainsi qu'à la rédaction du manuscrit.

Auteurs : Goulet, M.H., Larue, C.

Post-seclusion and/or restraint review with patients and staff in mental health: development, implementation, and evaluation.

Abstract:

To manage the aftermath of a seclusion episode, a post-seclusion and-or restraint review (PSRR) should be conducted with the patient and the health care team. This article presents an instrumental case study with a participatory approach on the development, implementation, and evaluation of a PSRR in an acute psychiatric care unit. Two PSRR intervention tools (for the patient and the health care team) developed by a committee of experts from the unit were implemented. A convenience sample of patients ($n = 3$) and staff ($n = 12$) participated in individual interviews that were subjected to content analysis. The use of seclusion or restraint according to administrative database was compared before and after the testing period. Findings show that with the PSRR with the patient, nurses felt they could explore patient's feelings and point of view, which led to the restoration of the therapeutic relationship. The PSRR with the team was perceived as a learning opportunity, which allowed for adjusting the intervention. Results showed a significant reduction in the use and the time spent in seclusion. These findings highlight the possibility to overcome the perceived discomfort of all parties by systematizing PSRR with the patients and team. Additionally, the study findings emphasize the need for a genuine presence to achieve meaningful sharing in the therapeutic relationship, which is the cornerstone of mental health nursing.

Key words: mental health, post-seclusion and/or restraint review, restraint, seclusion, debriefing

1. INTRODUCTION AND BACKGROUND

After aggressive behavior leading to seclusion and/or restraint (SR), a post-event intervention should be conducted with the patient and health care team to ensure continuity of care and promote the reduction of aggression in acute wards, according to many guidelines (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015; Sutton, Webster, & Wilson, 2014). A scoping review on post-seclusion and/or restraint review (PSRR) led us to propose the following definition: PSRR is a complex intervention taking place after an SR episode and targeting the patient and health care team to enhance the care experience and result in meaningful learning for the patient, staff, and organization (Goulet & Larue, 2016). It includes both staff and patient feedback. The grey literature provides some PSRR models (Huckshorn, 2005; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012) but fails to explain their theoretical basis and document their development and implementation.

The prevalence of PSRR in clinical settings is also poorly documented. A Canadian study noted that out of 50 patients, the majority found that there was no SR follow-up by a representative of the health care team (Larue et al., 2013). According to Ryan and Happell (2009), this absence is increasing patient distress.

Needs assessment with respect to PSRR was addressed in the UK by Bonner and Wellman (2010), who found that 94% of patients (n = 30) and 97% of staff (n = 30) perceived it as useful. It also allows for more learning opportunities for care staff (Kontio et al., 2009). According to a study by Ling et al. (2015), PSRR is also useful for care staff in helping them

to better understand the patient's point of view and helping to restore the therapeutic relationship. Finally, only one study in an acute psychiatric setting with a control group demonstrated a significant decrease in seclusion hours in the 31 patients of the experimental group (Whitecross et al., 2013). Moreover, PSRR is present in over 79% of the SR-reduction programs identified in a systematic review (Goulet, Larue, & Dumais, submitted).

Furthermore, the literature on PSRR is poorly developed in terms of related models, implementation, and evaluation. This article presents a case study involving the development, implementation, and evaluation of PSRR with care staff and patients in an acute psychiatric care unit to improve their care experience. Our study attempted to answer the following questions:

- 1) What is the point of view of patients and staff regarding the modalities and impact of PSRR?
- 2) What are the facilitators and barriers to PSRR implementation according to patients and staff?
- 3) Is PSRR implementation associated with decreased prevalence and a reduction in SR hours?

2. METHODS

2.1 Design. The study was based on an instrumental case study design (Stake, 1995). We used a participatory approach, since an understanding of PSRR implementation and its expected impact is inseparable from its context. Partnership between the clinical setting and the study

allowed us to adapt the intervention to the specific needs of the setting based on the experiential knowledge of the care staff, managers, and patient-partners.

2.2 Setting. The case study involved an acute psychiatric care unit in which the PSRR was developed. This was an adult care unit with a capacity of 27 patients in a tertiary psychiatric hospital in eastern Canada and specializing in first-episode psychosis.

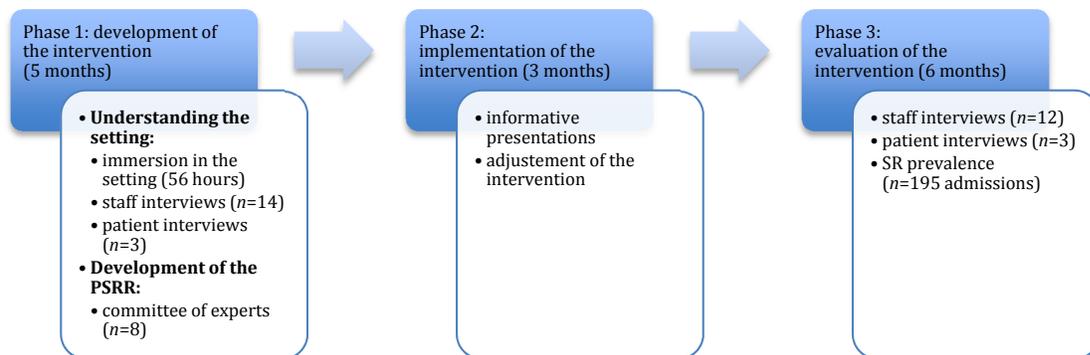
2.3 Sampling. For patients, a convenience sample targeted 6 to 9 participants based on 23% SR incidence rate (Dumais et al., 2011) and on a 50% participation rate (Soininen et al., 2014). The following inclusion criteria were used: 1) must have experienced an SR episode in the selected unit within the last 8 to 29 days, 2) have a clinical or cognitive status that rendered them interviewable, and 3) be an adult with the capacity to consent. Patients first met with the unit head nurse, who informed them of the research project. If they agreed to participate, they then met with the lead researcher, who provided them with more information about the study, had them sign the consent form, and proceeded with the interview. The participation rate was 25% ($n=3/12$) and refusal was associated with reluctance to sign the consent form and difficulty revisiting a painful topic.

Convenience sampling was used for staff selection ($n = 12$) in the last month of the evaluative phase, based on the following inclusion criteria: have been involved in an SR episode or participated in a committee of experts; be a regular employee or substitute in the selected unit. The sample included nine nurses and three orderlies from both day and evening shifts (100% participation rate).

All patients in the selected unit, covering the period from six months before the study to six months following the implementation, were included in order to examine the prevalence of SR.

2.3 Conduct of the study. The phases of the study were adapted from the approach by Sidani et Braden (2011) regarding the development and evaluation of nursing interventions – in our case, the development, implementation, and evaluation of a PSRR.

Figure 8. Conduct of the study



Phase 1: development of the intervention. To understand the problem under study, Sidani and Braden (2011) propose combining theoretical, empirical, and experiential approaches.

For the theoretical approach, a scoping review of the theoretical and empirical

literature on PSRR (Goulet & Larue, 2016) led us to adopt the model of Bonner (2008) for the PSRR with patients and the model of Huckshorn (2005) for the PSRR with staff.

For the empirical approach, we documented implementation of the PSRR in relation to the main factors influencing the staff's decision to use SR. The results of this phase are presented in a previous article (Goulet & Larue, submitted).

For the experiential approach, the PSRR models from the scoping review were submitted to a committee of experts (first author, head nurse, two assistant head nurses, three nurses showing positive clinical leadership, and a patient-partner having experienced SR) in order to adapt the models to the setting. The involvement of these experts, moreover, was essential for increasing the acceptability of the intervention (Sidani & Braden, 2011). Four meetings lasting 90 to 120 minutes were required to obtain consensus on the issues to be addressed in the PSRR with patients and with staff. The last meeting involved validation of the final versions of the PSRRs and the modalities of implementation. Data from these meetings were collected by the first author in the form of field notes. The intervention resulting from this process therefore incorporated theoretical, empirical, and experiential knowledge. The following tables provide descriptions of both tools for PSRR intervention developed using an adapted Template for Intervention Description and Replication (Hoffman et al., 2014)⁸.

The first tool, **PSRR with the patient**, aimed to obtain patients' feedback about their SR experience to allow them to express themselves freely and participate in adjusting the treatment plan. The topics covered were triggers, feelings experienced, elements perceived as

⁸ Les versions françaises du REPI avec le patient et en équipe sont disponibles à l'annexe N.

facilitators or barriers, perception of privacy and dignity, and what patients and staff could have done differently (Table 6).

Table 6. PSRR with the patient (based on Bonner, 2008)

Name: PSRR with the patient

Why: to obtain patient feedback to allow him to express himself freely and participate in adjusting the treatment plan.

When: 24 to 48 hours post-SR.

Who: staff member identified in the staff report.

How: face to face meetings.

Where: inpatient hospital room or private area.

What (procedures):

To begin: It is regrettable that you experienced seclusion or restraint. Your ideas and suggestions are important for finding solutions to prevent seclusion and restraint.

1. a) Can you describe what happened?
b) Can you describe what led to the seclusion?
2. How did you feel during the seclusion?
3. a) Is there anything you found difficult during the event?
b) Is there something you found helpful during the event?
4. While you were in seclusion, is there something that the treatment team could have done to help you?
5. How were your privacy and dignity maintained during the seclusion?
6. How did you feel after the seclusion?
7. a) Is there anything you found difficult after the seclusion?
b) Is there something you found helpful after the seclusion?
8. Did you have trouble returning to the pace of the unit? (If so, why?)
9. a) What could you do differently in the future to prevent such an event if you lose control of your emotions and behavior?
b) What could the staff do differently to help you when you lose control of your emotions and behavior?
10. Is there something else that you would like to talk about?

Tailoring: the term seclusion is used for all the questions, but the health care professional is encouraged to use the patients' own words and according to their situation.

The second tool, **PSRR with the health care team**, aimed to improve the quality of care surrounding a SR episode through learning gained from a rigorous analysis of the event. The topics covered were environment, triggers, identification of behavioral change, interventions attempted, exact reason for the decision, application of the protocol, length of SR, and learning related to the treatment plan and practice (Table 7).

Table 7. PSRR with the health care team (based on Huckshorn, 2005)

Name: PSRR with the health care team
<p>Why: to improve the quality of care surrounding an SR episode through learning gained from a rigorous analysis of the event.</p> <p>When: one to several days post-SR</p> <p>Who: those present at the event and those directly involved.</p> <p>How: face to face meetings.</p> <p>Where: nursing station or private area.</p> <p>What (procedures): open discussion addressing the issues listed below to initiate individual and team reflection.</p> <p style="padding-left: 20px;">1. Environment</p> <ul style="list-style-type: none"> - What was the environment like? - Was the patient familiar with the unit and its rules? - Did the patient witness a SR or another disturbing event? - Do we know if the patient had been in SR before? - Did a member of the team develop a trusting relationship with the patient? - Did we know the patient well enough to identify his or her personal triggers? - Did the patient’s behavior change during or before the shift? - Did someone in the team speak to the patient before the incident? <p style="padding-left: 20px;">2. Triggers of conflict</p> <ul style="list-style-type: none"> - What were the triggers for the patients’ aggressive or dangerous behavior? <p style="padding-left: 20px;">3. Early identification of behavioral change</p> <ul style="list-style-type: none"> - When did we respond to changes in behavior?

- Were there any signs or warnings that the patient was upset?

- What were the first verbal and non-verbal signs?

4. Interventions attempted prior to SR

- What intervention was attempted beforehand and why?

- Was the intervention delayed for some reason?

- How did the patient respond to the intervention?

- Was staff prepared to intervene at the moment?

- What might have been attempted but was not, and why?

5. Exact reason for the decision to use SR

- What was the exact behavior justifying SR?

- What would have happened if there had been no SR?

- Why was this decision taken?

6. Application of the protocol

- Were the principles of the protocol met?

7. Length of SR

- What were the criteria to release and were they appropriate?

- Could the person have come out of SR earlier?

8. Learning from the SR episode

- What do we learn from this SR episode in terms of the patient's treatment plan and our practice?

Phase 2: Implementation of the intervention. Staff training was conducted in September 2014. Two informative presentations of 10 to 15 minutes were given to the nurses and attendants by the first author to cover the two aspects of the intervention, i.e., PSRR with the patient and PSRR with the health care team. The training was followed by a testing period of one month during which the researcher helped the staff adopt the process by answering questions on a daily basis. No changes were made to the intervention during this period.

Phase 3 : Evaluation of the intervention. Individual semi-structured interviews with patients ($n = 3$) and staff ($n = 12$) of the unit were conducted using interview guides to answer Questions 1 and 2. Interviews (average 40 minutes) were conducted by the first author in a private area of the hospital. Data regarding SR-use for the period of six months prior to the study to six months following the PSRR were obtained by anonymized administrative data.

Data analysis

The interviews were recorded on a DAT recorder and transcribed verbatim. Qualitative data analysis was conducted using a content analysis method involving three concurrent streams: data reduction, data display, and conclusion drawing/verification (Miles et al., 2014). The data was processed using the qualitative data analysis software QDA Miner. For staff interviews, the authors achieved a high degree of inter-rater reliability ($\kappa = 0.86$) over 10% of the material. For patient interviews, a high degree of inter-rater reliability ($\kappa = 0.92$) was achieved with a research patient-partner over 30% of the material. A multi-recoding reliability exercise, in which the same pages were coded at two intervals, ensured excellent internal coherence ($\kappa = 0.95$). Method triangulation was ensured by the logbook notes.

For quantitative data, descriptive statistics were performed on the raw data for SR indicators. The Mann-Whitney U test is a rank-based non-parametric test that was used to determine whether there were differences between the two groups on an ordinal-dependent variable (time spent in SR). The chi-square test was used to examine whether two categorical variables were associated (presence/absence of SR). The data was processed using the software SPSS 23.0.

Criteria to evaluate the research

Rigor of the study was ensured by respecting the scientific criteria according to Lincoln et al. (2011). For credibility, there was triangulation of the methods (interviews, administrative data), participants (patients, staff), and researchers (inter-rater agreement). Statistical analysis were validated by an independent biostatistician. For reliability, detailed documentation of each phase informed the research process. Confirmability was established by the many excerpts presented to ensure consistency between the data and the proposed interpretation. Finally, the reader may refer to the article documenting the context of the study (Goulet & Larue, submitted) to evaluate the transferability of the study to its setting.

Ethical considerations

The protocol was submitted and accepted by the hospital's research and ethics committees (P2013-042).

3. Results

The results present the qualitative analysis of the PSRR with patients and with care staff using the codified segments from staff (n = 957) and patients (n = 156), as well as the quantitative analysis of the administrative data.

3.1 PSRR with patients:

Modalities of the PSRR with patients

Staff noted an increase in PSRRs with patients: "*This was the first time I really took the time to get the patient's feedback and talk about it*" (S1). They pointed out that patient interest in the PSRR was variable, ranging from cooperation to refusal, with some staff even being

surprised at the patients' openness about discussing their SR. This variability is consistent with our sample of patients, two of whom found it important to talk about it, while one was not interested at all in doing so. *"There's no way. I don't want to. Let's turn the page"* (P2). Regarding staff attitudes, some showed empathy and found it easy to approach the patients. On the other hand, some felt uncomfortable revisiting the subject, which nevertheless could be seen as a form of motivation: *"Whether you do it or not, there will be bad feelings. You must talk about it with the patient"* (S10).

Regarding timing of the PSRR, although a 24- to 48-hour interval was proposed, a wide variability of practice was discussed by the participants (in terms of minutes, hours, days, weeks). For the majority of staff, follow-up occurred when they felt the patient was ready to talk about the SR and, in some cases, when they themselves felt emotionally available: *"With patients, you have to wait for the dust to settle, for yourself, but especially for them. If you do it the day after it's like pushing a button and triggering something that hasn't completely healed"* (S1). This is similar to the point of view of the patients we met who felt that the PSRR was appropriate one week after their SR. Patients stressed the importance of stepping back from the SR and being informed in advance of and preparing for the PSRR. One patient said: *"What I don't like is that when I'm eager, they tell me to calm down, but when they're eager, it's has to be done"* (P1). A genuine staff member who takes the time was presented as an exemplary approach by the patients we met.

In the majority of cases, the nurse responsible for the patient initiated the PSRR. Another staff member took over depending on the situation (e.g., day off, weakened trust relationship). Allowing patients to choose between their nurse and a neutral person was proposed, which was illustrated by the experiences of the patients we met, since one of them

appreciated the initiative of the nurse to talk, while another preferred to talk with a trusted administrator.

PSRR with the patient was presented as a reference tool for care staff and a training tool for new nurses. Its relevance was above all its ability to adjust the questions, which were starting points for the intervention: *“It’s obviously flexible. It’s the result of group reflection.”* (S1).

For staff, several objectives were covered by the PSRR with patients. First, it allowed exploring the point of view of patients to assess their understanding of the SR and complement it if necessary. For some staff members, it was an opportunity to *“get certain messages through”* (S4) and *“justify an action that is more or less accepted”* (S6). The challenge here for staff was considerable: ensure that the explanation did not turn into self-justification for the intervention.

Exploring the feelings of patients was also an element emphasized by all participants. As such, discussions were patient-centered: *“I asked him a lot of questions especially to know how he felt, that he was important”* (S4). In some cases, the sharing of emotions was mutual: *“How did you feel? I’ll tell you how I felt. Really one-on-one questions, let’s talk about the real issues: you experienced something, we also experienced something, let’s share it”* (S11). Some care staff also questioned the acceptability of discussing their emotions with patients.

Another objective shared by all care providers was to initiate discussion about what could have been done differently by both the patient and staff to avoid future escalations of aggression, as one staff member remarked: *“We have to find ways to prevent this from happening again. What can you do? What can we do? If you want to avoid this, if you want to find ways not to relapse, we have to talk about it, or else we’ll get nowhere”* (S10). However,

one patient who participated in the PSRR reported fearing that the SR would reoccur, not knowing how to express his anger. *“Just walking down the hall and turning my head toward the seclusion room, and I see myself tied up. It hurts. I can’t react because I’m afraid to get angry because I’m afraid they’ll tie me up again”* (S1). Some staff also emphasized the importance of conducting several follow-ups with patients according to the stages of their recovery: *“Sometimes it’s just little feedback to open the door and deal with a part of it. After that you open the door wider so they can express more. There are several stages to follow-up”* (S3). This position is in alignment with interventions that are part of a continuum of care.

In sum, the majority of care staff readily adopted the PSRR with patients and demonstrated a high degree of assimilation of its principles.

Impact of the PSRR with patients

According to the staff, conducting the PSRR with patients was in itself a message of openness and reflected a desire to focus on patient needs. One staff member also said that the patient *“was glad that I listened to him and that we took the time. He seemed satisfied and proud to have been able to express himself and be heard”* (S3). This open discussion allowed him to feel understood and important. In this regard, one patient said: *“What I really want is to be able to express my thoughts freely and not be afraid that if I don’t do things properly I’ll face the consequences. What I need is someone to listen and to know that I’m safe either way”* (P1). The PSRR was also discussed by staff as an opportunity to promote patient empowerment. *“It gives them power over their ability to self-manage by suggesting medication or reducing stimulation”* (S7).

For all care staff, the PSRR was a way to restore the trust relationship. Discussing the feelings experienced by patients – and in some cases themselves – opened a dialogue that “*perhaps creates an even stronger bond of trust between patients and nurses*” (S8). It helped support patients in their recovery process. It not only brought awareness about the trauma experienced by the patient, but also helped staff manage their own feelings. “*It’s forgiving. Like it or not, some situations mark us more than others*” (S11). The PSRR also contributed to a sense of fulfillment for staff in carrying out their role: “*I feel valued in that I gave time to the patient to listen to him, and the patient knows that I am there and that I made the effort to go through this with him*” (S2). For many staff members, personal reflection was also prompted by discussions with the patient.

3.2 PSRR with the health care team

Modalities of the PSRR with the health care team

PSRR with staff was conducted particularly if the SR was perceived as difficult or complex or if there was aggression. This PSRR, which lasted approximately ten minutes, took place a few hours to 72 hours post-SR, depending on the availability of the staff and the time for reflection they considered relevant, because “*sometimes, when you’re full of adrenaline, it’s hard to really talk about what you experienced*” (S5). It was initiated by the patient’s nurse, the assistant head nurse, or the head nurse and involved those present during the SR, thus especially nurses and attendants. In some cases, where there was no PSRR with staff, some staff members conducted a form of reflective practice. “*We can question ourselves as well*” (S3).

The PSRR with staff was seen as a guide in which everyone could contribute to all the issues. Overall, the approach of the care staff was discussed as being open, constructive, and without judgment, but some participants felt some tension when the discussion targeted a specific staff member. The importance of the PSRR being held in a respectful atmosphere was therefore emphasized.

The PSRR with staff was described by the care providers as an analysis of the SR to prevent it from reoccurring: *“If the patient went that far, was the relationship with the staff member good, could it have been avoided, were there other alternatives?”* (S8). Some staff members took the discussion further by questioning the SR decisional process and its relevance: *“Try to learn from the experience and say: maybe you took the decision too quickly; maybe we could have done things differently”* (S7). The objective of the care staff was therefore to improve the care provided, which required prior reflection on customary practices.

In sum, unlike the PSRR with patients, the PSRR with staff was less integrated into practice for two main reasons: it was only considered relevant if the SR was perceived as difficult, and it raised the issue of the quality of relationships between staff members.

Impact of the PSRR with staff

Improved staff cohesion through the involvement of all SR witnesses was noted by the care providers following the PSRR. It was a learning opportunity, which allowed for adjusting the intervention. In this regard, one care provider said: *“We can learn from it because if a mistake was made and we don’t talk about it we’ll never assimilate it. Take the time to talk; you can visualize it; others can bring different points of view. It helps us improve and be better*

equipped." (S6). Moreover, the group discussion nurtured personal reflection that continued well after the PSRR for many care providers.

3.3 Facilitators and challenges of the PSRR with patients and with staff

The main facilitator to PSRR implementation was the study's participatory approach. Indeed, the care providers that participated in the PSRR development process appreciated that their opinions were taken into account early in the process, which fostered their commitment. The participatory approach also helped in the co-construction of new knowledge by combining evidence with the experiential knowledge of the participants, which was highlighted: "*We bring some of our experience. New people bring new ideas too, so I think combining them together, you try to see what you can do better with everyone's ideas*" (S6). When developing the PSRR, the care providers appreciated that existing models were adapted to the intervention setting, "*so it better reflected us*" (S10). This process increased acceptability of the intervention for both staff and patients. Among other facilitators, involvement of the researcher in the setting and leadership of the administrator were noted.

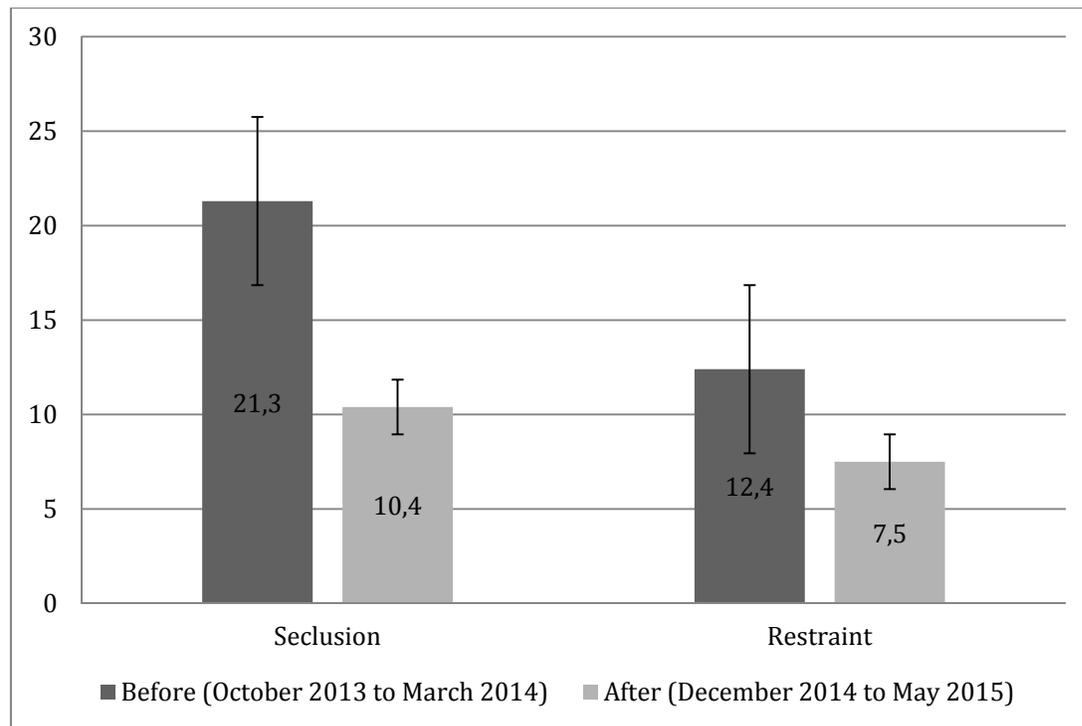
The main challenge concerned the modalities of the intervention. Both staff and patients noted the difficulty of overcoming their fear of patient refusal, going beyond the perceived discomfort, and finding the right time to meet. Suggesting PSRR within 24 to 48 hours post-SR was a barrier not only to its feasibility but also to its acceptability. Certain patient characteristics were also seen as barriers, such as irritability or a diagnosis of borderline personality disorder. As one staff member noted: "*For some patients, I wouldn't even do it because they're not receptive, and I would just irritate them*" (S7).

Incorporating the intervention into the routine despite organizational difficulties (transfers, patient leaves, vacations) and including everyone involved in the SR remained constant challenges. Finally, PSRR follow-up with patients and staff was questioned: although many care providers appreciated the inherent confidentiality in the absence of an official form, some noted the need for a more formal follow-up of the information collected.

3.4 Prevalence and time spent in SR

In the six months prior to the study, 21% of the patients hospitalized in the unit required seclusion (19 patients/89 hospitalizations), compared to 10.4% in the six months post-PSRR (11 patients /106 hospitalizations) (Figure 9). A chi-square test was performed for association between seclusion and timing (pre- or post-PSRR), and then for restraint and timing. There was a statistically significant association between seclusion and timing ($\chi^2[1] = 4.473$, $p = .046$), but not for restraint and timing, ($\chi^2[1] = 1.274$ $p = 0.334$). A Mann-Whitney U test was performed to determine if there were differences in time spent in seclusion and restraint between pre- and post-intervention. Distributions for time spent in seclusion pre- and post-intervention were similar, as assessed by visual inspection, the same being observed for time spent in restraint. Median time spent in seclusion was statistically significantly different pre- and post-PSRR ($U = 4,181$, $z = -2.175$, $p = 0.030$) using an exact sampling distribution for U. Median time spent in restraint was not statistically different ($U = 4488$, $z = -1,134$, $p = 0.277$).

Figure 9. Prevalence of seclusion and restraint before and after PSRR (% of patients)



4. Discussion

The purpose of this study was to develop, implement, and evaluate PSRR with staff and patients in a psychiatric unit. Incorporating the points of view of staff and patients about the intervention allowed for a better understanding of its challenges and potential impact. The choice of a participatory approach was one of the main strengths of the study, especially in a context in which little literature could guide development of the intervention. The participatory approach allowed for better integration of the PSRR with patients and staff, since staff did not feel that the intervention was imposed on them.

4.1 PSRR with the patient

Based on the results, we may ascertain that PSRR with patients was not previously part of the usual practice of staff, which corroborates the retrospective file audit of Needham and Sands (2010), which revealed that only one file out of 63 had evidence of PSRR explicitly related to SR. Our participatory study allowed overcoming the perceived discomfort of all parties by systematizing PSRR with patients.

Although the PSRR developed with the committee of experts was the result of collaboration with the clinical setting, care staff spontaneously adapted its modalities when incorporating it into their practice. Since the PSRR from the committee of experts was based on the limited availability of evidence, it was particularly relevant to incorporate the points of view of staff and patients. As a result, Table 8 proposes some recommendations.

Table 8. Recommendations for PSRR with the patient

Who?	It is important to validate with patients their preferences regarding the person they are most comfortable with to talk about their SR: their nurse or a neutral person.
When?	Although the literature on PSRR with patients presents the intervention as a one-time intervention, our study highlights the importance of progressively supporting the patient throughout the aftermath. Three moments appear to be representative of the patient's recovery progress: 1) upon termination of the SR and reintegration with peers and care staff, 2) when the patient demonstrates sufficient stability and hindsight to have a discussion, and 3) in preparation of hospital discharge to validate the patient's representation of the SR.
How?	Genuine presence of the care provider is paramount for there to be true, meaningful sharing for the patient and care provider, what Ryan and Happell (2009) refer to as "support us, don't preach."

One of the main benefits of the PSRR with patients according to staff was its potential for restoring the trust relationship. Indeed, the mere fact of conducting a PSRR illustrates the will of the care provider to open the discussion with the patient, giving access to each other's authentic presence. This trust relationship is the cornerstone of supporting patients in their recovery. This potential benefit was proposed by Ling et al. (2015) but had not yet been evaluated. Offering the possibility of participating in improving care was also seen as a vector for patient empowerment.

4.2 PSRR with the health care team

Our evaluation of the PSRR with the health care team showed that it was less incorporated into practice compared to that with patients. Three main findings emerge. First, it occurred only in exceptional circumstances (e.g., physical aggression), which probably indicates a certain trivialization of the SR. On the other hand, it was rarely experienced as ordinary by the patients. The action research by Ryan and Happell (2009) also identified that staff PSRR practices do not necessarily respond to the needs of patients. Second, while the model proposed by the committee of experts was interdisciplinary, the committee decided to restrict it to witnesses of the SR, thus essentially to nurses. This choice puts into question the place given to interdisciplinarity in the setting studied, because in the model proposed by Huckshorn (2005), care staff, patients and/or their representatives, and all those involved are invited to participate in the PSRR. Finally, organizing the PSRR with staff was presented as more complex because it required the presence of the staff involved in the patient's SR.

4.3 SR use

A statistically significant reduction in the proportion of patients exposed to seclusion and in hours spent in seclusion was observed. These findings compare with the only other evaluative study on PSRR in a psychiatric setting, which showed that the 31 participants in the experimental group had significantly fewer hours of seclusion (Whitecross et al., 2013). For these authors, implementation of PSRR for the patients resulted in an increase in awareness of the negative impacts of seclusion for ward staff, to the point of changing their practice. No significant difference was noted for restraint use. Staff perceived restraint as more coercive than seclusion and rarely used it. Therefore, it was difficult to observe a significant difference.

Study limitations

The limitations of the study are related to the small sample size that has prevented the saturation data for patients, an imbalance in staff/patient ratio, and the single setting. Furthermore, since the first author conducted both the training of the participants and the interviews, the possibility of social desirability bias in the evaluation should be emphasized. Finally, it is difficult to attribute reduction in SR solely to the PSRR since the study was conducted in a natural setting.

Conclusion

The results of this study allowed for developing and evaluating PSRR tools with patients and staff. Besides offering the possibility of improving the care experience surrounding SR for patients and nurses, PSRR also helps to continuously improve the quality and safety of care surrounding the management of aggressive behavior, in particular, by

promoting the reduction of SR. PSRR seems to initiate reflection for everyone, which fosters mutual learning and a change in practice, as illustrated by the significant reduction in hours spent in seclusion and in the proportion of patients exposed to seclusion. This study contributes to knowledge on the aftermath of SR to enhance evidenced-based practice. In this sense, future research should opt for rigorous evaluation of the impact of PSRR developed through a participatory approach. A pilot project would therefore be appropriate to assess prior acceptability and feasibility of an experimental design.

Relevance for clinical practice

The relevance of this study to service users is to show evidence that the implementation of PSRR has been shown to enhance the quality and safety of care. The findings of this study enable health care providers to intervene effectively to manage the aftermath of SR by offering PSRR models with patient and team that can be easily transferable in any inpatient mental health setting.

References⁹

Le dernier article de la thèse ayant présenté l'évaluation du développement, de l'implantation et des retombées du REPI, le chapitre suivant discutera des résultats de l'ensemble de la thèse, ainsi que de considérations méthodologiques et théoriques.

⁹ Les références de l'article ont été retirées et sont comprises dans les références générales de la thèse.

Chapitre 5. Discussion

L'objectif de cette étude était de développer, implanter et évaluer le REPI auprès des intervenants et des patients d'une unité de soins psychiatriques aigus afin d'améliorer leur expérience de soins. Dans ce chapitre, des considérations méthodologiques incluant la pertinence du devis de recherche, de l'échantillonnage et de l'analyse, de même que des considérations théoriques seront discutées. Les résultats du chapitre précédent seront quant à eux mis en relation avec la littérature sur le REPI selon les questions de recherche. De même, les critères de scientificité et les limites de l'étude seront aussi présentés. Enfin, les implications de ces résultats pour les sciences infirmières aux plans de la recherche, de la formation, de la clinique et de la gestion seront proposées.

5.1 Considérations méthodologiques

Dans cette section, la pertinence du choix méthodologique d'une étude de cas ancrée dans une posture participative, ainsi que des considérations sur le processus d'échantillonnage, de recrutement et d'analyse sont discutées.

5.1.1 Pertinence du devis de recherche

Une étude de cas instrumentale selon Stake (1995, 2008) a été le devis proposé pour cette étude. Ce choix s'est appuyé sur la possibilité qu'il offrait d'observer un cas particulier pour mener à une meilleure compréhension d'un problème en tenant compte de la complexité de son contexte (Creswell, 2014). A posteriori, ce choix méthodologique s'est avéré judicieux, car il a ainsi permis de décrire en profondeur le contexte d'implantation du REPI en documentant les pratiques usuelles en gestion des comportements agressifs (article III). Une meilleure compréhension du cas a engendré le développement d'un REPI qui répondait aux besoins du milieu et l'identification des principaux enjeux liés à son implantation et à son évaluation.

Le choix d'inscrire l'étude de cas dans une posture épistémologique participative constitue une contribution méthodologique de notre étude. La posture participative attribue une valeur centrale à l'intégration active des préoccupations et des besoins des participants et

représente un apport important aux études de cas traditionnelles. Sylvain (2008) affirme d'ailleurs que l'approche participative favorise l'implantation d'interventions qui apportent des solutions adaptées et cohérentes à la complexité du milieu étudié. De plus, le processus décisionnel de l'étude a été partagé entre les chercheurs et les participants du milieu clinique, postulat essentiel de l'approche participative (Lincoln et al., 2011). À la lumière des résultats obtenus, ce choix méthodologique a été fructueux puisqu'il a engendré des échanges qui ont eu des retombées pour tous les participants de l'étude. En effet, chacun d'entre eux a eu le pouvoir d'influencer le déroulement de la recherche et de contribuer au développement des savoirs de tous, que ce soit pour les gestionnaires, l'équipe clinique, les patients partenaires et l'étudiante-chercheuse. La prochaine section est consacrée aux apports de l'approche participative dans une étude de cas pour les différents participants de notre étude.

Le partenariat développé avec les gestionnaires a été prolifique tant pour ceux-ci que pour son apport à la qualité de cette recherche. Alors que la direction des soins infirmiers de l'établissement a joué un rôle conseil dans le choix du milieu en plus de faciliter les contacts entre les différentes instances, les gestionnaires ont pu bénéficier du développement d'une intervention adaptée à leur milieu. Le REPI avec le patient développé dans le cadre de cette étude a d'ailleurs été intégré à la nouvelle version du protocole IC de l'établissement (IUSMM, 2014). De plus, l'approche participative ayant mené au développement du REPI est tout à fait cohérente avec la vision de l'Institut qui a implanté une politique clinique centrée sur la pleine citoyenneté qui soutient « un processus de décision partagée s'appuyant sur le savoir expérientiel et l'expertise professionnelle tout en valorisant l'implication de la personne dans l'organisation des services » (Pelletier, 2011, p. 5). Enfin, il y a aussi eu une collaboration avec le Bureau de patient partenaire pour la rémunération du patient partenaire ayant participé au comité d'experts, puisque cette activité s'inscrivait en continuité de la politique de pleine citoyenneté.

Quant à l'équipe clinique, elle a été impliquée à toutes les phases de l'étude : documentation du contexte d'implantation, développement de l'intervention, évaluation des retombées, validation et diffusion des résultats. Rappelons que le comité d'experts a été constitué de pair avec l'infirmière-chef en ciblant les *leaders* de l'équipe clinique : infirmière-chef, assistantes-infirmières-chefs de jour et de soir, trois infirmières et un patient partenaire

en rétablissement ayant déjà vécu l'IC. La mise en commun des perspectives des participants, notamment par le dévoilement de l'expérience d'IC du patient partenaire, a aussi été l'occasion pour chacun d'explorer la perspective de l'autre, de développer une relation de confiance et de collaborer à l'amélioration des soins. Ainsi, les participants au comité d'experts ont affirmé que cette collaboration, mue par l'objectif commun de s'améliorer, a été le déclencheur d'une réflexion sur leur pratique de gestion des comportements agressifs. Par cette implication, les intervenants ont véritablement eu le pouvoir d'influencer tant le contenu que les modalités du REPI.

Les patients partenaires ont partagé leur savoir expérientiel à différentes étapes de l'étude : lors de la validation du guide d'entretien individuel avec les patients, des entretiens individuels, du développement de l'intervention et de la validation des analyses des entretiens des patients. Une revue systématique sur l'implication des patients en recherche incluant 142 études a mis à jour le large spectre des possibilités de participation pour les patients : du développement du protocole jusqu'à la diffusion des résultats (Domecq et al., 2014). Ces auteurs proposent que la participation des patients au processus de recherche en santé mène à des résultats plus pertinents avec les préoccupations des patients. Les patients seraient toutefois surtout impliqués dans le développement du protocole de recherche et peu durant l'exécution de la recherche. Une innovation de notre étude est donc d'avoir procédé à l'accord interjuge de la codification des entretiens des patients avec un patient partenaire possédant le vécu expérientiel de l'IC. Bien que chaque expérience soit unique, le savoir expérientiel du patient partenaire le rapproche de la perspective des participants patients. Puisque nous savons que l'interprétation des résultats est influencée par la perspective du chercheur, il est dès lors souhaitable d'initier un processus de négociation en confrontant la codification du chercheur et du patient partenaire. Nous croyons que ce processus favoriserait la confirmabilité entre les données et leur interprétation (voir Critères de scientificité, p. 144). Par ailleurs, le choix d'intégrer des patients constituait pour l'étudiante-chercheuse l'illustration de sa volonté de donner la voix à des personnes encore considérées marginales et largement stigmatisées dans notre société. Cette position nous rapproche du texte de Bernheim et Larue (2009) qui se présente comme un vibrant plaidoyer en faveur de l'intégration de la voix des patients à la recherche en santé mentale. Selon ces auteures (2009, p. 53).

En donnant la parole aux patients, le chercheur choisit certainement d'éclairer la face cachée de la maladie mentale. Mais il fait plus que découvrir ce qui est resté dans l'ombre : il pose un geste remarquablement connoté, puisqu'il affirme en quelque sorte sa croyance en l'utilité d'un discours considéré comme irrationnel, réputé sans valeur à la fois du point de vue médical et scientifique.

La volonté d'intégrer la perspective des patients à différentes étapes de la recherche a aussi le potentiel de favoriser leur *empowerment*. À cet effet, les patients qui ont participé à notre étude ont d'ailleurs témoigné de leur fierté à contribuer à l'amélioration des services dans la prévention des comportements agressifs.

Les dernières années ont vu éclore un véritable engouement pour le partenariat patient. Soulignons l'apport de Pomey et al. (2015) qui ont élaboré le *Montreal Model* proposant un cadre théorique du continuum de l'engagement des patients où l'un des secteurs d'application est la recherche. Dans ce contexte, le partenariat patient est défini par l'« implication des patients de la gouvernance jusqu'à la diffusion des résultats de recherche en passant par la question de recherche. » (Pomey et al., 2015, p. 45). Bien que cette intégration soit des plus souhaitable, il nous semble que pour parler d'un véritable partenariat en contexte de soins de santé, la relation avec l'intervenant ne devrait pas être qu'implicite, mais être mise de l'avant au même titre que le patient. La participation des intervenants, dont la réalité diffère de celle des chercheurs, ne devrait pas être évacuée et nécessiterait au contraire d'être valorisée au même titre que celle des patients. L'étymologie latine du mot « partenaire » (*partitio*) référant au partage, à la répartition et à la division nous éclaire d'ailleurs sur son emploi. Son origine implique donc une certaine tension rappelant les partenariats commerciaux où les intérêts personnels ne sont jamais totalement dissociés de l'intérêt commun... Cette filiation le rapproche ainsi d'un concept dont il tente pourtant de se dissocier, la hiérarchisation des soins. Aussi jugeons-nous pertinent de s'éloigner de cette appellation qui implique une certaine tension et de se rapprocher d'autres concepts, telle la collaboration. Somme toute, la conduite d'une étude de cas avec une posture participative s'est avérée favorable à l'intégration des patients, et parce que celle-ci exige de s'intéresser à tous les constituants du cas pour en retirer une compréhension holistique, elle permet de penser la recherche en collaboration avec tous ses participants.

Pour l'étudiante-chercheuse, l'approche participative a favorisé son acceptation dans le milieu à travers la construction d'une relation de confiance entre chercheur et cliniciens. Cette relation de confiance s'est développée par une présence prolongée dans le milieu (56 heures d'observation et 26 entretiens qui se sont déroulés dans un local fermé du milieu). Elle a aussi été favorisée par la volonté maintes fois réitérée de ne pas imposer le REPI, mais de le construire à partir des savoirs de tous. À la lumière des résultats de notre premier article sur la revue systématique des programmes de réduction de l'IC, la majorité des études ayant implanté le REPI provenait d'une exigence organisationnelle ou de la recherche. La recension des écrits sur le REPI a permis de constater que seule l'étude de Ryan et Happell (2009) avait proposé une recherche-action participative qui visait à évaluer les besoins des patients et des intervenants. À notre connaissance, ces auteures n'ont toutefois pas procédé au développement, à l'implantation et à l'évaluation d'un REPI. Notre étude a voulu développer un outil clinique en collaboration avec les infirmières et les patients à partir des besoins qu'ils ont exprimés. Selon Boivin et Dumez (2016), une posture participative demande au chercheur des attitudes et compétences spécifiques à un processus de recherche collaboratif : ouverture à apprendre des patients, habiletés interpersonnelles, ouverture à partager le pouvoir et le *leadership* et flexibilité dans les modalités de la recherche (objectifs, temps, efforts, ressources, horaire, charge de travail, jargon et coûts). Ces enjeux ont été rencontrés par l'étudiante-chercheuse, d'autant plus que la flexibilité est aussi caractéristique de l'étude de cas (Stake, 2008). D'abord, puisque la composition du comité d'experts et les modalités de formation ont été déterminées de pair avec le chef d'unité, le développement et l'implantation du REPI ont pris une orientation imprévue. En effet, les modèles théoriques du REPI en équipe prévoyaient l'intégration de l'équipe interprofessionnelle dans son ensemble (préposés aux bénéficiaires, infirmières, psychiatres et autres professionnels tels qu'ergothérapeutes, pharmaciens, travailleurs sociaux, etc.). Le comité d'experts ayant désiré n'inclure au REPI en équipe que les témoins de l'IC (donc habituellement préposés aux bénéficiaires et infirmières), le REPI en équipe qui en est issu n'a pas une visée interdisciplinaire telle que le préconise la littérature scientifique (Huckshorn, 2005). De plus, afin de répondre aux exigences d'efficacité du milieu, la formation aux intervenants s'est avérée sommaire (deux capsules d'une quinzaine de minutes) et elle aurait pu bénéficier de plus de temps. De même, la collecte de données a aussi été pensée afin de s'adapter au milieu. L'étudiante-chercheuse a tenu

compte de l'imprévisibilité de la charge de travail des intervenants et de l'ambivalence propre aux patients présentant un diagnostic de schizophrénie en revenant à plusieurs reprises pour faire les entretiens individuels. Il est dès lors possible de penser que l'exigence de flexibilité de l'étude de cas a été exacerbée par notre posture participative.

Somme toute, l'intégration de l'approche participative à l'étude de cas a permis de favoriser la cohérence de l'étude avec les besoins et les valeurs du milieu. Nous avons vu qu'il y a eu apport mutuel par la participation de chacun, ce qui s'inscrit dans le paradigme participatif (Lincoln et al., 2011). Deux constats principaux émanent de ce choix méthodologique. D'abord, en adaptant un modèle à la réalité clinique, nous avons vu que le processus entraîne une perte de cohérence théorique (REPI disciplinaire versus interdisciplinaire comme le suggèrent les écrits), ce qui est toutefois compensé par l'augmentation de l'implantation et de l'appropriation du modèle par l'équipe clinique. En revanche, cette nouvelle proposition questionne la nature même du cas étudié. En effet, face à ce choix méthodologique, le cas ne devient-il pas le contexte dans lequel il y a une étude participative? De fait, le chercheur ne serait-il pas indissociable du cas étudié? Il y a ainsi contradiction avec la visée initiale de l'étude de cas, car en 1995, Stake (p. 12) avait affirmé l'importance d'être : « *...noninterventive and empathic. In other words, we try not to disturb the ordinary activity of the case* ». Faut-il que le chercheur soit dissocié de l'étude pour en maintenir la rigueur scientifique? D'autres études de cas avec une posture participative seraient nécessaires afin de clarifier la position du chercheur qui est impliqué dans la transformation du cas et son évaluation.

5.1.2 Échantillonnage et recrutement

Pour les entretiens individuels semi-structurés, un échantillonnage de convenance a été préconisé tant pour les patients que pour les intervenants. La polyvalence que cette stratégie offre pour recruter les participants qui correspondent aux critères d'inclusion et d'exclusion dans un certain groupe d'un contexte donné a été favorable pour le recrutement des intervenants (Stake, 2008). Néanmoins, le recrutement des patients a fait face à certains enjeux.

Le taux de recrutement des intervenants s'est avéré excellent tant en phase de documentation du contexte qu'en phase évaluative de l'intervention, puisque tous les

participants approchés ont accepté de participer. Notons que les participants intervenants de la phase de documentation du milieu incluaient des préposés aux bénéficiaires, des infirmières, des psychiatres, des ergothérapeutes et des gestionnaires. Lors de la phase de développement, le modèle de REPI en équipe proposé au comité d'experts était de nature interdisciplinaire, or celui-ci a choisi de viser exclusivement les intervenants directement impliqués lors d'un IC, donc le plus souvent les infirmières et préposés aux bénéficiaires. De fait, cette décision a influencé la composition de l'échantillon d'intervenants de la phase évaluative qui a été majoritairement des infirmières ($n=9$) et des préposés aux bénéficiaires ($n=3$). À la lumière de la relation de confiance développée entre l'étudiante-chercheuse et les intervenants, il est dès lors pertinent de se questionner à savoir si cet excellent taux de recrutement serait attribuable à l'approche participative.

Quant au recrutement des patients, il a été plus difficile qu'anticipé tel que l'illustre le taux de participation des patients de 43% ($n=3/7$) en phase 1 et 25% ($n=3/12$) en phase 3. Notons que le protocole prévoyait un recrutement de trois à six patients pour la phase 1 (cible atteinte) et de six à neuf patients pour la phase 3. Les entretiens avec les patients ont amené peu de répétitions de thèmes, ce qui nous pousse à affirmer que la saturation des données n'a pu être atteinte. Bien qu'il ait été préférable de prolonger la période de recrutement pour atteindre cette saturation, nous avons décidé de poursuivre l'étude selon la durée des phases du devis qui était initialement prévue. Ce choix nous a permis de maintenir la collaboration avec le milieu clinique en tenant compte à la fois de l'agenda clinique et de l'agenda de recherche. En effet, l'implantation de la version révisée du protocole IC qui devait intégrer le REPI avec le patient développé dans la présente étude était prévue à l'automne 2014. À tout le moins, le taux de participation des patients invite à la prudence lors de l'interprétation des résultats, car il n'est pas représentatif de la perspective des patients ayant vécu l'IC dans le milieu, mais bien de celui des participants de l'étude. Une revue systématique s'est questionnée sur les défis méthodologiques et éthiques rencontrés dans les études ($n=32$) explorant les mesures coercitives à partir de la perspective des patients (Soininen et al., 2014). Ces auteurs ont trouvé que la taille d'échantillon des études qualitatives variait de 4 à 84 patients et que la stratégie de recrutement préconisée était l'échantillonnage de convenance, sans toutefois spécifier le taux de recrutement. Pour notre part, n'ayant recruté que six patients (les refus étant surtout liés au

malaise de signer le consentement et à la difficulté de reparler d'un sujet difficile), un questionnement de nos procédures de recrutement est nécessaire.

En ce qui concerne les critères d'inclusion des patients, le choix de procéder à l'entretien de sept jours à un mois post IC était basé sur les recommandations de Bernheim et Larue (2009) ainsi que Larue et al. (2013) qui proposaient que ce laps de temps permettait au patient d'être revenu à un état pré-crise tout en évitant une trop longue période qui serait favorable à une reconstruction de l'événement. Ce choix est supporté par les nouvelles données de Soininen et al. (2014) qui ont montré que dans des études semblables, le temps écoulé entre l'épisode d'IC et la collecte de données était en moyenne de sept jours, variant d'immédiatement après l'IC jusqu'à trente jours.

Un autre facteur pouvant affecter le taux de participation est la procédure de recrutement (Soininen et al., 2014). Dans notre étude, l'infirmière-chef a rencontré les patients susceptibles de répondre aux critères d'inclusion afin de les informer sur le projet de recherche. Deux à trois jours étaient accordés au patient afin de lui laisser le temps de réfléchir à son consentement. Si le patient donnait son accord, il était rencontré par l'étudiante-chercheuse afin de lui donner plus d'information sur la recherche, de lui faire signer son consentement et de procéder à l'entretien le cas échéant. Ce choix avait été motivé pour deux raisons. D'abord, il permettait de répondre aux exigences du comité d'éthique établies lors d'études précédentes visant à recruter des patients ayant eu un IC. De plus, il réduisait le nombre de ressources nécessaires à la réalisation de l'étude. Selon Kontio et al. (2012) qui ont utilisé une stratégie de recrutement comparable à la nôtre, leur taux de refus des patients de 26% serait en grande partie attribuable au fait que les intervenants auraient délibérément omis de les inviter. Selon nous, cette hypothèse ne remet pas en question la bonne volonté des intervenants, mais plutôt leur compétence à évaluer la capacité des patients à consentir à un projet de recherche.

Une première difficulté rencontrée est l'ambivalence de certains patients à vouloir signer le formulaire de consentement, bien qu'ils auraient accepté de participer. Plusieurs patients ont verbalisé leur méfiance devant l'obligation de signer un formulaire de consentement pour répondre aux questions de l'étudiante-chercheuse. Une autre difficulté de recrutement documentée dans la littérature est celle de l'évaluation de la capacité à consentir du patient. Par l'exigence du comité éthique de valider avec l'intervenant du patient si ce

dernier est en état d'être rencontré par le chercheur, Bernheim et Larue (2009, p. 58) stipulent que cette évaluation est d'ores et déjà biaisée, car « ici, curieusement, on induit une possible inaptitude d'un patient pourtant légalement apte », ce qui constitue une nouvelle forme de stigmatisation. Ainsi, en s'appuyant sur un principe éthique de non-malfaisance, l'infirmière veut s'assurer que l'entretien du patient avec le chercheur sur un sujet difficile ne mène pas à sa décompensation. Ceci étant un obstacle au recrutement des patients, il demeure dès lors difficile d'effectuer des recherches avec des participants ayant vécu l'IC. Moins d'études sont donc entreprises à cet effet, ce qui diminue la quantité de données probantes sur lesquelles sont basées les pratiques des intervenants.

Somme toute, il semble y avoir accumulation de preuves pour démontrer que ce choix n'est pas méthodologiquement optimal puisque selon Soinen et al. (2014), les études présentant le plus haut taux de succès étaient celles dont la stratégie de recrutement ne reposait pas sur les intervenants. Pour pallier à ces difficultés, nous recommandons que cette activité de recherche soit confiée à des patients formés à cet effet (des pairs de recherche) en nous inspirant de Domecq et al. (2014) qui avaient constaté une augmentation du taux de recrutement lorsque celui-ci était confié à un patient partenaire.

5.2 Considérations théoriques

Selon Bowers (2014), la réduction de l'utilisation de l'IC est favorisée lorsqu'elle s'appuie sur un cadre de référence intégré. À cet effet, nous nous sommes appuyés sur différentes théories complémentaires : MHSI-UdeM pour l'approche infirmière et la théorie de la structuration de Giddens pour l'approche de l'intervention.

5.2.1 Une perspective disciplinaire humaniste

Le MHSI-UdeM a éclairé non seulement le développement de l'intervention, mais aussi le processus de recherche. Les auteurs de ce modèle ont d'ailleurs récemment publié un article qui appuie son utilisation tant dans le milieu clinique, en formation, en gestion, qu'en recherche (Cara et al., 2016).

Dans un premier temps, cette perspective infirmière nous informe sur l'approche que doit prendre l'intervention infirmière du REPI. On constate dans les résultats que suite au REPI, le discours des intervenants était imprégné des valeurs partenariat, ce qui indique un mouvement vers une philosophie de soins moins hiérarchisée. Or, il est possible que ce constat soit attribuable à la composition de l'échantillon d'intervenants à la phase évaluative qui était surtout constitué d'infirmières.

Des postulats du MHSI-UdeM découlent une attention particulière à la reconnaissance de l'unicité du patient, mais aussi de celle du soignant. Les participants ont associé le REPI à la possibilité d'exercer le plein potentiel de leur rôle infirmier. Le REPI était perçu par les intervenants comme une occasion d'incarner les valeurs de leur profession en accompagnant la personne, ce qui a contribué au sentiment d'accomplissement professionnel pour plusieurs d'entre eux. Pourtant, les résultats de notre étude montrent un inconfort des intervenants non seulement à partager leur propre expérience de la situation d'IC vécue avec le patient, mais aussi d'aborder le sujet avec lui. Or, pour initier une connexion profonde avec le patient, une présence authentique des deux protagonistes est indispensable. À cet effet, les patients nous ont appris que les retombées attendues du REPI ne survenaient pas nécessairement par l'intervention de REPI en soi, mais dépendaient surtout d'une approche authentique de l'intervenant qui incitait alors le patient à s'investir dans la relation avec l'intervenant. Le REPI se présente ainsi comme une occasion de *caring* entre deux personnes qui permettrait d'aller plus loin que la mise en commun de deux unicités, mais de construire ensemble à partir des expériences de chacun. L'une des principales retombées du REPI, selon les participants de notre étude, est la création d'un espace de discussion favorisant le lien de confiance et nous croyons qu'elle a été favorisée par l'intégration au REPI des valeurs humanistes.

Les valeurs du MHSI-UdeM ont aussi influencé le déroulement de notre recherche. Selon nous, les valeurs prônées par l'approche humaniste de respect, de collaboration et d'unicité sont l'essence même d'une posture participative. En effet, celle-ci valorise l'unicité et l'interaction des participants et des chercheurs qui mène à une cocréation spécifique au cas étudié. D'ailleurs, l'importance accordée à la considération de l'intérêt de tous les participants de l'étude fait montre d'une vision humaniste de la recherche selon Sylvain (2008). En effet, le MHSI-UdeM a contribué de façon significative à plusieurs étapes de la recherche, par

exemple au développement des guides d'entretien et à la codification en structurant les thèmes selon la personne, l'environnement, la santé et le soin. Dans son approche avec les participants, l'étudiante-chercheuse a aussi tenté de faire preuve de compétence et de *caring*, deux concepts phares du MHSI-UdeM. Cette volonté s'est surtout illustrée lors des entretiens avec les patients où nous avons tenté d'aborder un sujet très sensible pour plusieurs participants avec authenticité, humanité et empathie.

Les contributions à notre étude du MHSI-UdeM comme perspective disciplinaire corroborent les propositions de Cara et al. (2016) selon lesquelles le développement des connaissances cohérent avec une vision humaniste du soin participe à une coconstruction qui mène vers un mieux-être, tant de l'infirmière que du patient.

5.2.2 Théorie de la structuration : de l'importance de la réflexivité

Tel que soulevé par Cara et O'Reilly (2008), il existe une forte parenté de pensée entre le *caring* et la pratique réflexive. De même, une analyse de concept de la pratique réflexive (Goulet et al., 2016) nous a permis de constater que la spécificité de l'utilisation infirmière de la pratique réflexive était sa dimension humaniste. Or, les modèles infirmiers de pratique réflexive étant prescriptifs et narratifs (par exemple, le modèle de réflexion structurée de Johns (2010)), il nous est apparu judicieux de recourir à une théorie qui oriente l'ensemble de l'étude. Ainsi, la théorie de la structuration de Giddens (1987) nous a permis de penser la réflexivité comme un vecteur de notre étude. Le deuxième article de la thèse sur la recension sur le REPI a permis de justifier le développement d'une intervention ancrée dans la recherche de la réflexivité de tous les acteurs impliqués dans le continuum de soins liés à l'IC. Telle que théorisée par Giddens (1987), une réflexivité tenant à la fois compte d'une réflexion individuelle, collective et institutionnelle nous a mené à la conceptualisation du REPI comme un questionnement ouvert qui engage la réflexion de tous. Par cette interaction, tous ont le potentiel de se transformer, ce qui a été vérifié par les retombées de l'étude tant pour les patients, les intervenants, les gestionnaires que pour l'organisation.

A posteriori, il semble que la réflexivité ait été non seulement favorisée par le REPI, mais aussi par l'étude en soi. Ce constat rejoint la proposition de Whitecross et al. (2013) pour lesquels le seul fait d'initier une étude sur l'IC était en soi un des facteurs explicatifs de la

réduction de l'IC par la conscientisation qu'elle amenait sur l'utilisation des mesures de contrôle. Nous croyons que l'intégration des éléments clés de la posture participative, de la théorie de la structuration et du MHSI-UdeM, par la priorité qu'ils accordent tous à la réflexivité, a pu potentialiser ces retombées. Préconiser une approche participative avec les milieux a permis de construire un projet commun qui répondait aux attentes des infirmières et des patients. En effet, c'est par la discussion que la construction des savoirs se produit. De ce point de vue, l'infirmière est la spécialiste la mieux placée pour savoir ce qui peut être fait, surtout lorsque le chercheur lui fournit un environnement favorable. En participant au changement de leur propre pratique, les participants se transforment aussi en tant que professionnels. Selon la logique proposée, il serait intéressant d'évaluer un indicateur de capacité réflexive des participants pour illustrer le développement de cette compétence en lien avec l'implantation du REPI.

L'innovation de notre étude réside dans l'intégration d'approches méthodologiques et théoriques complémentaires qui impliquent une cohérence forte par leurs postulats et valeurs respectifs. Alors que le modèle humaniste permet de penser une relation authentique lors de l'intervention qui devrait favoriser la réflexivité de tous, la théorie de la structuration permet justement de comprendre de quelle façon ces interactions peuvent influencer tous les niveaux de la structure dans laquelle cette intervention se déploie.

5.3 Discussion des principaux résultats

Les résultats de la thèse présentés dans les articles III et IV sont discutés dans les prochaines sections en lien avec les quatre questions de recherche de l'étude.

5.3.1 Quel est le contexte d'implantation du REPI?

L'article III a été consacré exclusivement à cette question de recherche. Rappelons qu'il avait plus spécifiquement pour but de comprendre le contexte dans lequel se situent les pratiques d'IC selon la perception des intervenants et des patients dans une unité de soins psychiatriques. Cette étape était nécessaire et préalable au développement d'une intervention qui respecte les besoins du milieu. Les résultats ont déjà été discutés dans l'article, donc nous

nous limitons ici à en faire ressortir les principaux enjeux qui sont liés à la variabilité des discours des intervenants et de leurs interventions.

Dans un premier temps, une variabilité a été observée dans le discours des intervenants sur la culture dans laquelle ils se trouvent. En 2007, Vatne et Fagermoen avaient proposé que les milieux de soins s'inscrivent soit dans une culture de contrôle, soit dans une culture de partenariat qui s'opposent nécessairement. À la lumière de nos résultats, il semble plutôt que la posture des intervenants s'inscrit dans un discours officiel de partenariat, mais que leur pratique se positionne dans un continuum allant d'une culture de contrôle à une culture de partenariat. Aussi l'intervenant tenant un discours paternaliste centré sur le contrôle sait que sa position est socialement inacceptable, mais sa pratique se déroulant dans un milieu à risque d'agression, il a la perception que son sentiment de sécurité est ainsi renforcé. À cet effet, nous avons vu qu'un processus de rationalisation de l'IC permet aux intervenants de justifier leur intervention et de la rendre acceptable. Il nous semble ici pertinent de tenter de comprendre cette position à partir du concept de sécurité ontologique développé par Giddens (1987) dans sa théorie de la structuration. Celle-ci a pour postulat qu'une personne est amenée à changer de comportement que s'il a le potentiel d'améliorer son sentiment de sécurité. Ainsi, si l'intervenant ne voit pas l'avantage d'intégrer des valeurs de partenariat à sa pratique, il est peu probable qu'il consente au discours organisationnel. Dans ce contexte, le REPI prend souvent la forme d'une justification, car la pratique de l'intervenant est dès lors intimement liée à son sentiment de sécurité. Les intervenants ont d'ailleurs apporté une nuance des plus pertinentes pour le rehaussement des pratiques d'IC en soulignant qu'un discours centré sur un milieu sécuritaire serait pour eux beaucoup plus significatif qu'un discours centré sur la réduction des mesures de contrôle. Encore une fois, une approche participative semble une avenue de choix pour diminuer le fossé entre les priorités des différentes instances. La présentation des mesures alternatives à l'IC comme moyen de favoriser la sécurité de tous participerait sans doute à leur acceptabilité chez les intervenants.

Les résultats nous ont aussi permis de constater une grande variabilité dans les interventions de REPI effectuées. En effet, tant les modalités du REPI que l'approfondissement des sujets abordés dépendaient de chaque intervenant, ce qui rejoint l'étude exploratoire des perspectives des intervenants et des patients sur leurs besoins en matière de REPI (Ryan & Happell, 2009). Pour le REPI avec le patient, nous avons déjà

souligné la variabilité de l'approche des intervenants (de la justification à l'accompagnement dans le rétablissement), alors que les patients ont exprimé leur besoin de partager leur version des faits en plus de vouloir comprendre la perspective des intervenants. À ce propos, Ryan et Happell (2009) avaient souligné que le REPI tel que pratiqué par les intervenants ne répondait pas aux besoins des patients, car il relevait davantage de la justification que du soutien émotif. Pour ce qui est du REPI en équipe, nos résultats ont montré qu'il ne survient qu'advenant le cas d'une situation majeure (ex. : agression d'un intervenant). Cette priorisation des événements rejoint l'étude de Perron et al. (2015) visant à explorer les perceptions des infirmières et des patients en matière de dangerosité où les conceptions de la violence étaient perçues selon deux types : les « grandes violences » intégrant les interventions musclées et les « petites violences » faisant référence au comportement qui demeure contrôlable. Il appert dès lors que l'espace de discussion se clôt aussitôt que l'IC s'est déroulé sans spécificité apparente, ce qui questionne la perception de l'IC qui devrait être de nature « exceptionnelle » selon la législation.

Enfin, puisque l'absence de résultats peut parfois se révéler aussi significative que leur présence, soulignons l'absence de la famille et de l'environnement naturel du patient dans le discours des intervenants. Ce constat peut sans doute expliquer le choix du comité d'experts d'avoir par la suite opté pour un REPI en équipe où le patient ou son représentant soit absent, bien que ce soit proposé dans le modèle d'Huckshorn (2005).

5.3.2 Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'implantation du REPI selon les patients et les intervenants?

Les éléments facilitants et les obstacles à l'implantation du REPI selon les patients et les intervenants ont été discutés dans l'article IV des résultats (p. 120). Ceux-ci suggèrent que l'approche participative est le principal élément facilitant de notre étude. Le choix de développer le REPI à partir du savoir expérientiel des participants et des savoirs empirique et théorique a été soulevé comme un facteur d'acceptabilité de l'intervention par les intervenants. Les apports spécifiques de cette posture paradigmatique ont été largement discutés dans une section précédente (p. 127 à 132).

En ce qui a trait aux défis rencontrés, ils réfèrent surtout aux modalités de l'intervention. Des recommandations ont été proposées à cet effet pour le REPI avec le patient

(voir p. 123 de l'article IV). À la lumière des résultats, l'implantation du REPI en équipe n'a pas été optimale. Les hypothèses à cet effet sont en lien avec les difficultés inhérentes à son organisation (transfert, congé du patient, vacances) et l'absence du besoin exprimé par les intervenants (ou sa non-verbalisation). En effet, alors que les raisons d'ordre organisationnel s'expliquent aisément, l'absence de besoin ne rejoint pas les constats de la littérature (Bonner & Wellman, 2010; Ryan & Happell, 2009). Nous croyons que la problématique ne relève pas tant de l'absence d'un besoin de REPI en équipe que de l'absence de consensus à cet effet. En effet, certains intervenants ont affirmé en contexte d'entretien individuel vouloir un REPI en équipe, sans toutefois le verbaliser en contexte de soins. Tenir une posture réflexive exige des conditions préalables telles le désir d'apprendre, l'ouverture au partage, l'honnêteté, la croyance en la capacité de changer et de ne pas être sur la défensive (Goulet et al., 2016). En se basant sur le postulat de Giddens sur la sécurité ontologique, il est plausible de penser que pour initier une interaction susceptible d'initier la réflexivité des différents protagonistes (le REPI en équipe), il faut avoir la perception que sa sécurité ontologique est préservée ce qui n'est pas nécessairement le cas lorsqu'il y a remise en question des pratiques, bien que celle-ci se veuille constructive.

5.3.3 Quelle est la perception des patients et des intervenants des modalités et retombées du REPI?

L'article IV a exposé la perception des patients et des intervenants sur les modalités et retombées du REPI et a proposé une discussion à cet effet. La section qui suit permet de mettre en relief quelques éléments de celle-ci.

De façon générale, autant les patients que les intervenants ont présenté une perception positive du REPI. Les résultats permettent d'ailleurs de constater qu'alors que le REPI avec le patient faisait auparavant peu partie de la pratique usuelle des intervenants, elle est maintenant intégrée au continuum de soins entourant l'IC. En revanche, nous avons aussi pu noter que l'un des obstacles identifiés pour cette étude a été la plus faible intégration du volet en équipe du REPI. Une hypothèse à envisager à cet effet est la faible valorisation de la pratique interdisciplinaire dans le milieu de l'étude. Cette réflexion a d'abord émergé lors de la phase de documentation du contexte et a été renforcée par la volonté du comité d'experts à limiter le REPI en équipe aux personnes témoins de l'IC, soit surtout les préposés aux bénéficiaires et

les infirmières. Dans un contexte où de plus en plus de données probantes proposent que la qualité et la sécurité des soins passent d'abord par une approche plus cohésive et moins fragmentée (D'Amour & Oandasan, 2005; Petri, 2010; Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein, 2010; Légaré et al., 2011), il appert impératif de réfléchir la prévention des comportements agressifs en termes de pratique interdisciplinaire. Plusieurs modèles théoriques de ce concept impliquent une pratique centrée sur le patient (D'Amour & Oandasan, 2005; Reeves et al., 2010). Pour sa part, le modèle développé par Légaré et al. (2011) intègre les concepts de prise de décision partagée et de pratique interdisciplinaire. Il s'agit du premier modèle qui propose une conceptualisation de l'implication du patient et de sa famille, ce qui est cohérent avec une approche en partenariat avec le patient. Légaré et al. (2011) nous invitent aussi à réfléchir la pratique interdisciplinaire à un niveau macro en identifiant l'environnement, la routine de l'équipe, le rôle des membres et le processus comme des facteurs influençant ses retombées. À la lumière de ces considérations théoriques, il est possible de se questionner sur la nature interdisciplinaire du REPI en équipe développé dans notre étude. Il serait pertinent que ce dernier intègre le patient et ses proches s'il le désire, tout en s'assurant que le REPI intègre la pratique quotidienne par un leadership fort des gestionnaires. Pour leur part, Bilodeau, Dubois et Pepin (2013) proposent de contribuer à la pratique interdisciplinaire en mettant de l'avant une perspective infirmière qui s'actualise par des actions telles que s'engager, travailler avec les croyances du patient, offrir des soins holistiques, avoir une présence empathique et partager la prise de décision. Cette intégration serait sans doute favorable à l'acceptabilité d'un REPI interdisciplinaire par les infirmières.

L'une des retombées principales du REPI avec le patient selon les intervenants est son potentiel de rétablir la relation de confiance. En effet, le seul fait de le faire illustre la volonté de l'intervenant d'ouvrir la discussion avec le patient, ce qui donne accès à chacun à une présence authentique de l'autre. Cette relation de confiance constitue la pierre d'assise de l'accompagnement de la personne dans son rétablissement par une approche humaniste. Cette retombée potentielle avait été proposée par Ling et al. (2015), mais n'avait pas encore été évaluée, ce qui constitue un apport majeur de notre étude. Les retombées plus spécifiques au REPI en équipe sont les apprentissages que les intervenants peuvent en tirer, de par sa capacité à initier une réflexion sur la pratique.

Aussi, les résultats ne démontrent pas sans équivoque quelles modalités privilégier pour le REPI (quand et par qui). Par contre, un consensus a été établi tant par les patients que par les intervenants sur le potentiel d'un REPI ancré dans les valeurs humanistes. Dans une démarche de soins humanistes valorisant sur l'unicité de chacun, nous croyons qu'il est du devoir de l'infirmière de valider avec le patient quelles sont ses préférences à cet effet et de prendre conscience de ses propres réticences en questionnant leur fondement. Jusqu'à présent, les études sur le REPI avaient discuté de son potentiel pour la gestion des symptômes post-IC, pour l'ajustement du plan de traitement et pour la réduction de l'utilisation de l'IC (Bonner, 2008; Huckshorn, 2004; Whitecross et al., 2013), mais ses retombées sur la qualité de la relation thérapeutique avaient peu été évoquées (Ling et al., 2015).

5.3.4 L'implantation du REPI est-elle associée à une diminution de la prévalence et de la durée des épisodes d'IC?

L'un des questionnements associés au développement et à l'implantation du REPI dans une unité de soins psychiatriques aigus était d'examiner s'il était associé à une réduction de la prévalence de l'IC et du nombre d'heures en IC par patient.

Nos résultats montrent une réduction significative de la prévalence de l'isolement et du nombre d'heures d'isolement après l'implantation du REPI. Toutefois, il n'y a eu aucun changement significatif de la prévalence de la contention et du nombre d'heures de contention. Tel que discuté dans l'article IV, ces résultats sont comparables à l'étude de Whitecross et al. (2013) qui sont les seuls à avoir évalué spécifiquement les effets d'un REPI sur la prévalence de l'IC. Ces auteurs ont aussi tenté d'en évaluer les effets sur la présentation des symptômes de l'état de stress post-traumatique sans toutefois noter de changement significatif pour cet indicateur. Une différence notable de notre étude est que la nôtre proposait un REPI plus complexe qui incluait deux volets (avec le patient et en équipe), alors que celle de Whitecross et al. (2013) ne s'attardait qu'au REPI avec le patient.

Un élément de contexte à considérer dans l'interprétation des résultats des tests statistiques a été la formation des intervenants sur une nouvelle version du protocole IC quelques mois après celle du REPI. Rappelons que le volet du REPI avec le patient avait été intégré au nouveau protocole, ce qui n'était pas le cas pour le volet en équipe. Il est possible de croire que, par la formation donnée par l'organisation sur les changements au protocole IC,

il y ait eu renforcement du REPI avec le patient qui était en cours d'implantation sur l'unité étudiée. Aussi, lors de l'évaluation post-implantation, l'étudiante-chercheuse a pu valider avec les participants la compréhension des changements amenés au protocole. La majorité des commentaires ont traité du changement du processus décisionnel (deux professionnels peuvent maintenant assumer la décision de l'IC alors qu'il fallait auparavant une prescription médicale) et de la flexibilité lors de la mise en IC (le patient peut dorénavant garder ses vêtements personnels et n'est pas obligé de revêtir la jaquette d'hôpital). Bref, il appert difficile d'attribuer le changement dans les pratiques de REPI ou une réduction de l'IC sur l'unité spécifiquement à l'implantation du REPI ou aux changements apportés au protocole IC. Il n'en demeure pas moins que tel que le permet d'affirmer l'article I sur les études évaluatives de programmes de réduction des IC, ceux-ci sont deux composantes centrales des programmes de réduction des IC. Il est donc plausible de croire que la diminution de la durée d'isolement et du nombre de patients en isolement est attribuable à une interaction des deux changements apportés au milieu durant l'étude. Aussi, en accord avec la proposition de Whitecross et al. (2013), nous croyons qu'il y a aussi eu sensibilisation des intervenants sur l'importance du REPI par le projet en soi, ce qui a pu avoir une incidence sur l'utilisation de l'IC.

5.4 Critères de scientificité

La rigueur de cette étude a été assurée par le respect de critères de scientificité liés à la crédibilité, à la fiabilité, à la confirmabilité et à la transférabilité selon Guba et Lincoln (2005).

La crédibilité réfère à l'adéquation entre les descriptions du phénomène à l'étude par les participants et sa représentation dépeinte par le chercheur. En premier lieu, un engagement prolongé sur le terrain (immersion dans le milieu jusqu'à saturation des données et présence soutenue tant pour le recrutement des participants qu'en soutien à l'implantation de l'intervention) a favorisé le développement d'une relation de confiance avec l'équipe clinique ainsi qu'une compréhension plus fine du cas. Pour s'assurer que les interprétations soient les plus fidèles possible aux *verbatim*, le processus d'analyse des données par l'étudiante-chercheuse a été itératif, et la directrice de thèse a lu les *verbatim* avant de procéder à l'interprétation des segments codés. La recherche d'explications divergentes a enfin été

complétée par la présentation des résultats préliminaires de cette étude aux intervenants ($n=12$) de l'unité qui a permis de vérifier que l'interprétation des données était plausible (annexe O). Les écrits de Stake (1995) insistent particulièrement sur l'importance de la triangulation dans l'étude de cas pour en évaluer la qualité, car si celle-ci mène à des résultats similaires, elle soutient la crédibilité de l'étude. Dans le cas qui nous intéresse, il y a non seulement eu triangulation des méthodes, des participants, mais aussi des chercheurs. Ainsi, il y a eu utilisation de différentes méthodes : immersion dans le milieu, entretiens individuels, examen de la documentation, notes du journal de bord de l'étudiante-chercheuse et données administratives d'IC. Aussi, les interprétations découlent d'une diversité de sources de données (patients, préposés aux bénéficiaires, infirmières, ergothérapeutes, psychiatres et gestionnaires). La triangulation des chercheurs (et d'un patient partenaire de recherche) a pour sa part été établie par l'accord interjuge tel que suggéré par Miles et al. (2014). Enfin, il convient aussi de souligner que l'étudiante-chercheuse était extérieure au cas étudié, ce qui a permis de poser un regard neuf sur un milieu à un moment précis.

En ce qui a trait à la fiabilité, elle désigne la stabilité des données dans le temps et dans différentes conditions. Une documentation détaillée de chaque phase de l'étude a éclairé le processus de recherche afin de le rendre le plus transparent possible au lecteur. De plus, il y a eu clarification des étapes d'analyse avec la présentation en annexe de l'arbre de codes, des définitions retenues pour chaque code et d'un exemple de fiche synthèse par thème et par participant.

La confirmabilité correspond quant à elle au lien entre les données, les résultats et l'interprétation qui en est faite. Elle est assurée entre autres par la triangulation décrite ci-haut, en plus des exercices de codage/recodage par le même chercheur, et par la vérification par les participants. De plus, les articles qui présentent les résultats proposent de nombreux extraits de données dans les résultats. Ces extraits permettent au lecteur de s'assurer de la cohérence entre les données et l'interprétation proposée.

Quant à la transférabilité, elle se définit par le degré de similarité entre deux contextes, permettant au lecteur de juger si les résultats sont à même d'être appliqués à d'autres contextes en permettant de mieux comprendre si l'environnement dans lequel s'inscrit l'étude est semblable au sien. Ce critère correspond à ce que Stake (1995) a nommé la généralisation naturaliste qui appelle à une participation active du lecteur pour adapter les constats de l'étude

de cas à sa propre réalité, ce qui est cohérent avec sa posture épistémologique constructiviste. Dans la présente thèse, une question de recherche et un article complet ont été consacrés à une description exhaustive du milieu. Cette phase a été non seulement pertinente pour le développement de l'intervention, mais elle a aussi permis de donner tous les outils au lecteur pour favoriser la transférabilité des résultats issus de cette thèse. D'ailleurs, en plus des moyens traditionnels de diffusion des résultats (articles et congrès scientifiques), il y a aussi eu des présentations en milieu clinique (psychiatrie générale, psychiatrie légale et réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement) qui étaient propices aux discussions interactives pour comprendre les spécificités de chaque type de pratique.

Enfin, étant donné la spécificité de la recherche participative, Lincoln et al. (2011), proposent de tenir compte – en plus des critères déjà énoncés – de critères qui lui sont spécifiques : la congruence, l'action, l'authenticité, la résistance et les relations éthiques.

La congruence de la thèse a déjà été abordée à différents niveaux. Nous avons déjà expliqué la cohérence entre les assises théoriques et méthodologiques. Les phases de l'étude illustrent à elles seules l'importance accordée à la complémentarité des savoirs. En effet, celles-ci sont inspirées de l'approche de Sidani et Braden (2011) sur le développement et l'évaluation d'interventions infirmières qui combine les savoirs théoriques et empiriques (voir articles I et II) auxquels nous avons ajouté le savoir expérientiel pour plus de cohérence avec la posture participative. Les phases de l'étude s'assuraient donc d'intégrer les savoirs théoriques, empiriques et expérientiels.

Quant à l'action, elle est illustrée par la participation des différents détenteurs d'enjeux (*stakeholders*), plus spécifiquement au comité d'experts, mais aussi par l'intégration du REPI avec le patient à la pratique quotidienne des intervenants. Une action concrète pour le cas étudié est la réduction statistiquement significative des heures passées en isolement et du nombre de patients en isolement qui mène à une meilleure expérience de soins, tant pour les patients que pour les intervenants. De plus, bien que la réduction du nombre d'heures et du nombre de patients sous contention ne soit pas statistiquement significative, ce changement est cliniquement significatif. Ainsi, bien que la diminution puisse *a priori* sembler de faible envergure, toute amélioration dans un contexte d'IC est bénéfique, surtout en référence à une population stigmatisée (Giordana, 2010). Une autre illustration de l'action est *l'empowerment* des participants par leur implication à un projet de recherche. Les résultats nous montrent que

la possibilité pour les intervenants d'adapter l'intervention leur a permis de la rendre significative pour eux. Pour les patients, plusieurs d'entre eux ont affirmé que tant l'expérience de REPI avec leur intervenant que les entretiens individuels de l'étude les amenaient à donner un sens à leur expérience en pouvant participer à l'amélioration des pratiques. Pour plusieurs, il s'agissait de leur premier pas vers une implication citoyenne.

Pour le critère de l'authenticité, à la lumière du nombre de patients recrutés, l'interprétation des résultats exige cependant à la prudence étant donné le déséquilibre des points de vue concernés (26 intervenants versus 6 patients). À la défense de l'étudiante-chercheuse, les critères d'inclusion promouvaient l'intégration de tous, mais nous nous sommes heurtés à des difficultés inhérentes à ce type de recherche tel que stipulé dans la section de la discussion dédiée à l'échantillonnage et au recrutement. Tel que discuté précédemment, il apparaît impératif de se questionner sur la prévention de la marginalisation d'une population reconnue comme étant plus difficile à recruter.

Le critère de résistance réfère à la remise en question du statu quo, but auquel était d'ailleurs dédiée cette thèse. L'objet de cette étude était précis, mais il était intégré dans le dessein plus large de participer au rehaussement des pratiques de prévention des comportements agressifs afin de restreindre l'IC à une utilisation exceptionnelle. Nous avons soulevé la possibilité que ce statu quo soit lié au sentiment de sécurité des intervenants. La documentation du contexte d'implantation a permis de comprendre que les réticences des intervenants face à un changement de pratique sont surtout en lien avec des inquiétudes face à leur propre sécurité. Cette résistance au changement a récemment été soulevée par Duxbury (2015) qui a documenté trois principaux mythes entourant la pratique de l'IC : 1) l'IC garde les personnes en sécurité; 2) l'IC est une intervention clinique; et 3) l'IC est seulement utilisé en dernier recours. Elle souligne l'importance de déconstruire ces idées reçues. Nous croyons que le REPI est l'occasion toute désignée pour ouvrir la discussion à cet effet dans une atmosphère ouverte et sans jugement. La résistance au statu quo doit donc passer par la compréhension de la résistance des intervenants au changement, ce qui passe dans un discours organisationnel de prévention des comportements agressifs qui tient compte de la sécurité de tous.

Enfin, le critère des relations éthiques est central dans toute étude, mais d'autant plus lorsqu'il est question de l'implication de patients hospitalisés en psychiatrie et d'un sujet aussi

sensible que l'IC. En effet, aborder ce sujet peut faire resurgir des émotions négatives tant pour les patients que pour les intervenants (Hallett et al., 2014). Beaucoup de sensibilité a donc été requise de la part de l'étudiante-chercheuse, tant dans la présentation du projet, dans la tenue des entretiens individuels et dans l'interprétation des résultats.

5.5 Limites de l'étude

Bien que plusieurs limites de cette étude aient déjà été discutées dans les articles, la prochaine section les aborde pour l'ensemble de la thèse en lien avec le choix méthodologique, l'intervention et la population étudiée.

En lien avec le choix méthodologique de l'étude de cas, l'implantation, le développement et l'évaluation du REPI sont étudiés dans un contexte où le milieu est en constante transformation. L'interprétation des résultats proposée réfère au temps précis de la collecte de données, alors que le contexte peut avoir changé au moment de la présentation des résultats (Creswell, 2014). De plus, l'étude de cas ne vise pas la généralisation, mais la transférabilité. En effet, cette méthodologie offre peu de bases pour une généralisation statistique, mais propose de grandes possibilités pour ce que Stake nomme une généralisation naturaliste. Dans ce contexte, le cas possède un rôle de soutien pour comprendre un phénomène; il y a donc un intérêt pour le cas en soi, mais aussi pour ses possibilités (Stake, 2005).

En lien avec l'intervention, les chances sont élevées de retrouver de la variation dans le déploiement de l'intervention. Les raisons principales évoquées à cet effet par Sidani et Braden (2011) sont l'opérationnalisation de l'intervention, le changement des éléments de l'intervention d'une infirmière à l'autre et l'adhérence à l'intervention. Une grille sur laquelle les intervenants auraient été invités à cocher les éléments discutés avec le patient et en équipe avait été planifiée lors du protocole initial; or, le comité d'experts a préféré que les intervenants n'aient pas à remplir de formulaires supplémentaires. Un cahier de communication avait donc été laissé en permanence au poste de l'unité pour lequel les infirmières avaient pour directive d'y noter si elles faisaient des changements, s'il y avait eu des spécificités lors de l'intervention ou si elles avaient des questions. Cet outil a par contre

été très peu utilisé. L'entretien individuel de la phase évaluative a donc été l'occasion de discuter des REPI qui avaient été réalisés dans le cadre de cette étude. Il aurait été pertinent de s'attarder sur une solution alternative afin d'assurer le suivi de l'intervention réalisée. Une autre limite de l'étude est que l'étudiante-chercheuse a à la fois donné la formation sur le REPI aux intervenants et qu'elle a procédé à son évaluation. Il est donc possible que lors des entretiens individuels, il y ait eu un biais de désirabilité sociale de discuter du REPI tel que proposé par l'étudiante-chercheuse.

En lien avec la population étudiée, le nombre restreint de patients recrutés a déséquilibré le ratio des perspectives des intervenants et des patients dans l'interprétation des données. Il est aussi possible que les patients qui ont accepté de participer représentent un profil de patients spécifique, soit ceux qui sont davantage passifs et/ou coopératifs (pour lesquels il y a intégration du discours reçu des intervenants sans questionnement) ou au contraire qui utilisent cette participation comme tribune pour manifester leur mécontentement face aux soins reçus. Enfin, Soinen et al. (2014) proposent que le temps écoulé entre l'IC et la collecte de données pourraient influencer le discours des patients, ce qui s'expliquerait par l'oubli, les symptômes psychotiques et la crainte de représailles.

Malgré les limites évoquées, nous croyons que le respect des critères de scientificité énoncés dans la section précédente est garant de la rigueur de notre étude et qu'il est possible d'y attribuer des implications pour la recherche, la pratique clinique, la gestion et la formation. Celles-ci seront discutées dans la prochaine section.

5.6 Implications de l'étude

Certains enjeux et constats soulevés par cette thèse sont particulièrement intéressants pour les divers champs d'application des sciences infirmières, soit la recherche, la formation, la pratique clinique, la gestion et le politique.

5.6.1 Recherche

Dans un premier temps, la revue systématique sur les programmes de réduction des IC a montré que plusieurs éléments étaient susceptibles de participer à un changement de culture de soin (*leadership*, formation, REPI, implication des patients, outils de prévention et milieu thérapeutique). Les prochaines études devraient donc viser à identifier quels sont les éléments qui amènent un changement significatif. Jusqu'à présent les preuves sont insuffisantes à cet effet, car une seule étude ayant utilisé un devis à niveau de base multiple (*multiple-baseline design*) a pu identifier que la seule composante qui avait amené un changement significatif de l'IC était les changements à l'environnement physique (Borckardt et al., 2011).

De plus, bien que nous ayons proposé une définition et une typologie du REPI qui pourraient guider la recherche sur la prévention tertiaire des comportements à risque d'agression, il sera essentiel que la recherche en valide la portée. D'ailleurs, la documentation du contexte d'implantation ayant identifié l'importance des normes implicites et explicites intériorisées par les intervenants et les patients, il serait pertinent que le développement des connaissances dans le domaine de l'IC se construise à partir de ces constats qui demandent à être davantage explorés.

Étant donné l'état des connaissances sur le REPI et la nature exploratoire de cette étude, celle-ci n'a pu démontrer l'efficacité de l'intervention. Avant d'y arriver, plusieurs recherches doivent être effectuées pour évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du REPI et d'un protocole de type expérimental. En effet, plusieurs questionnements subsistent quant aux modalités de l'intervention telles que le moment adéquat pour l'effectuer et la meilleure personne pour le faire. Ainsi, d'autres recherches pourraient explorer la possibilité que le REPI soit initié par une personne extérieure à l'événement selon la préférence du patient (ex. : par un pair aidant). De plus, il serait pertinent de mieux comprendre les résistances pour le REPI en équipe en précisant quels sont les enjeux interdisciplinaires et quelles sont les composantes nécessaires pour que ce REPI assure la sécurité ontologique de tous. Enfin, notre étude ayant identifié une réduction significative de la prévalence de l'isolement et du nombre d'heures passées en isolement, d'autres études sont essentielles pour mieux comprendre les retombées du REPI sur l'utilisation de l'IC. Enfin, cette étude n'a pas intégré la contention chimique. Puisque la version révisée du cadre de référence pour l'élaboration des protocoles

d'application des mesures de contrôle (MSSS, 2015) intègre les substances chimiques, cet indicateur devrait être considéré lors de prochaines recherches.

D'un point de vue méthodologique, compte tenu des difficultés de recrutement de patients de cette étude, il serait pertinent d'explorer davantage la perspective des patients sur le REPI, notamment en les intégrant davantage au processus de recherche, par exemple lors du recrutement.

5.6.2 Formation

Pour le champ de la formation, les outils de REPI développés lors de notre étude pourraient être utilisés pour la formation initiale des professionnels de la santé et pour leur orientation lors de l'embauche en milieu psychiatrique. À cet effet, l'enseignement de cette intervention a déjà été introduit au cours de sciences infirmières en santé mentale de l'Université de Montréal (SOI-2604- Expérience de santé mentale) sur la prévention des comportements agressifs. Il serait en outre souhaitable que le REPI soit l'occasion d'intégrer des patients partenaires à la formation des infirmières. Dans une étude précédente, nous avons constaté le potentiel de la contribution des patients partenaires d'enseignement au cours de santé mentale par le partage de leur savoir expérientiel (Goulet, Larue, & Chouinard, 2015). Le REPI pourrait être abordé par un patient partenaire d'enseignement qui présenterait quelle serait une intervention exemplaire, ce qui stimulerait la réflexion des étudiants tout en diminuant la stigmatisation.

Cette étude ayant identifié que le travail interdisciplinaire en matière de prévention des comportements agressifs mériterait d'être rehaussé, il serait nécessaire que les formations ciblent plusieurs disciplines à la fois. C'est dans ce contexte qu'une journée de formation continue sur l'isolement en santé mentale est en cours de préparation, chapeauté par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec en collaboration avec l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec. L'accent de cette formation est mis sur la prévention du comportement agressif, notamment sur le REPI avec le patient et en équipe par un atelier en petits groupes interdisciplinaires.

Pour les milieux de soins, le REPI pourrait être abordé lors des groupes de codéveloppement des assistantes infirmières-chefs, puisque ces dernières sont directement impliquées dans l'intégration des nouvelles infirmières et qu'elles sont imputables de la qualité des soins qui se déroulent dans leur milieu. Une collaboration entre les directions de soins infirmiers et les directions professionnelles serait aussi souhaitable pour une implantation basée sur des valeurs de travail interdisciplinaire.

5.6.3 Pratique clinique

Pour la pratique clinique, il serait pertinent d'étendre l'implantation du REPI à l'ensemble de l'hôpital dans lequel s'est déroulée l'étude. À cet effet, le REPI avec le patient est déjà intégré à la dernière version du protocole IC de l'établissement. Chaque milieu pourrait évaluer si des adaptations sont nécessaires à l'intervention compte tenu des caractéristiques de leur contexte de soins. Il serait souhaitable que le REPI devienne une intervention usuelle de la pratique des infirmières. Cependant, il faudrait s'assurer de préserver l'approche humaniste de l'intervention qui consiste en une discussion ouverte soit avec le patient ou avec l'équipe qui permet à tous de se transformer par le contact de l'autre.

5.6.4 Gestion

Finalement, l'article 1 sur les composantes des programmes de réduction de l'IC ayant permis d'établir que le *leadership* est la composante la plus récurrente des différents articles recensés, le changement de pratique en matière d'IC passe avant tout par l'implication des gestionnaires. La réduction de l'IC devrait donc constituer une priorité organisationnelle pour que les intervenants se sentent soutenus dans cet objectif. Il est dès lors impératif que les protocoles IC qui encadrent la pratique des mesures de contrôle balisent les modalités du REPI avec le patient et en équipe et que les intervenants soient formés à cet effet.

5.6.5 Politique

Au niveau politique, les résultats de cette thèse soulignent l'importance d'une participation active des différents acteurs impliqués dans la prévention des comportements agressifs. Il est dès lors impératif que tant les représentants des patients que des intervenants

des différents milieux soient invités aux tables de discussion ministérielles et que leur voix soit entendue et prise en compte.

D'autre part, un consentement verbal des patients serait une alternative au consentement écrit actuellement exigé par les comités d'éthique qui, en tentant de protéger une population vulnérable, brime aussi leur liberté d'expression. En effet, plusieurs patients rencontrés désiraient participer à l'étude, mais refusaient de signer le consentement écrit. Des directives ministérielles claires à cet effet permettraient d'uniformiser les pratiques des comités d'éthique qui travaillent avec une population en santé mentale.

Conclusion

C'est en toute humilité que nous avons présenté les résultats de cette thèse. Nous espérons néanmoins avoir contribué à la compréhension de l'intervention du retour post-isolement et de ses retombées. Cette étude de cas participative a permis d'aller au-delà du malaise perçu par les intervenants et les patients en systématisant le REPI avec le patient et avec l'équipe tout en favorisant la réduction de l'isolement. C'est par de telles initiatives que nous croyons possible de changer petit à petit la culture des milieux psychiatriques. Cette étude nous rappelle qu'il faut non seulement s'attarder à la philosophie de soins des infirmières, mais si nous voulons un véritable partenariat, à la façon dont le patient projette son propre rôle. En d'autres mots, tant les infirmières que les patients doivent intégrer les valeurs d'égalité et de respect propres au partenariat pour que celles-ci soient véritablement incarnées dans la relation thérapeutique.

Avec la nouvelle valorisation accordée à l'implication des patients dans l'organisation des soins, de la formation et de la recherche, un changement paradigmatique important semble amorcé dans le système de soins de santé. Cette volonté se heurte toutefois à un contexte de changements organisationnels majeurs. Nous croyons qu'il est d'autant plus important de partager le *leadership* des gestionnaires et des cliniciens en travaillant de concert avec tous les partenaires du réseau de la santé. Ainsi, la réflexion tant valorisée dans cette thèse pourrait émaner de chacun pour arriver à un changement de pratique qui assure la sécurité physique et psychologique de tous, tant patients qu'intervenants.

Nous proposons d'ailleurs d'élargir cette réflexion à l'application de toute mesure coercitive, que ce soit de confiner une personne à sa chambre ou à l'unité de soins par une garde en établissement ou de recourir à une ordonnance de traitement. Chaque mesure coercitive doit être questionnée afin que son utilisation demeure véritablement exceptionnelle. Encore une fois, cette réflexion gagnerait à être enrichie de la perspective de tous, de la personne qui l'applique à la personne qui en fait l'objet.

Références

- Anderson, T. & Waldman, J. (2012). An intervention to reduce seclusion on an inpatient intensive care psychiatry ward. Dans I. Needham, K. McKenna, M. Kingma & N. Oud. (dir.), *Violence in the health sector: Linking local initiatives with global learning* (p. 291.) Amsterdam: Kavanah.
- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. (2014). Non aux mesures de contrôle! Plus de dix ans après les Orientations ministérielles: Manifeste pour un réel changement de pratiques. Montreal: Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec.
- Allen, D. E., de Nesnera, A., Cummings, K., & Darling, F. E. (2011). Transforming the culture of caring: getting hurt is not part of the job. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 49(1), 45-49. doi: 10.3928/02793695-20101202-01
- Allen, D. E., de Nesnera, A., & Souther, J. W. (2009). Executive-level reviews of seclusion and restraint promote interdisciplinary collaboration and innovation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(4), 260-264.
- Armstrong, R., Hall, B., Doyle, J., & Waters, E. (2011). "Scoping the scope" of a Cochrane review. *Journal of Public Health*, 33, 147-150.
- Ash, D., Metcalfe, P., & Burton, C. (2014). Reduction in the use of seclusion with the introduction of recovery principles in an acute psychiatric unit. *Schizophrenia Research*, 153, S292-S293.
- Ashcraft, L., Bloss, M., & Anthony, W. A. (2012). The Development and Implementation of "No Force First" as a Best Practice. *Psychiatric Services*, 63(5), 415-417. doi: 10.1176/appi.ps.20120p415
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (2006). Formation Oméga, cahier du participant. Montréal : Auteur.
- Azeem, M. W., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R. B. (2011). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 11-15.
- Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D. M., & Zoffmann, V. (2012). Mechanical restraint-which interventions prevent episodes of mechanical restraint? A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(2), 83-94. doi: 10.1111/j.1744-6163.2011.00307.x

- Barbato, A., Bajoni, A., Rapisarda, F., D'Anza, V., De Luca, L. F., Inglese, C., & D'Avanzo, B. (2014). Quality assessment of mental health care by people with severe mental disorders: A participatory research project. *Community Mental Health Journal, 50*(4), 402-408.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Beezhold, J., Williams, P., Taylor, J., Harris, A., & Kandasamy, S. (2010). A quasi-experimental controlled intervention to reduce violence on an acute psychiatric ward. *European Psychiatry, 25*, 873.
- Bell, J. L. (1995). Traumatic event debriefing: service delivery designs and the role of social work. *Social Work, 40*(1), 36-43.
- Bernheim, E., & Larue, C. (2009). Mesures de contrôle en psychiatrie: impacts cliniques et juridiques de la recherche interprétative. *Aporia, 1*(1), 52-62.
- Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en soins infirmiers, 2*(113), 43-50.
- Björkdahl, A., Hansebo, G., & Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 20*(5), 396-404. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01930.x
- Blair, M., & Moulton-Adelman, F. (2015). The engagement model for reducing seclusion and restraint. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 53*(3), 39-45. doi: 10.3928/02793695-20150211-01
- Boivin, A., & Dumez, V. (2016). *Partenariat patient chercheur: co-constituer la science avec l'expérience de la vie avec la maladie*. Communication présentée à la Journée scientifique annuelle du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec, Montréal, Québec.
- Bonner, G. (2008). The psychological impact of restraint: examining the aftermath for staff and patients. Dans J. E. Lynch & S. Trenoweth (dir.), *Contemporary issues in mental health nursing* (p. 217-228). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*(4), 465-473.

- Bonner, G., & Wellman, N. (2010). Postincident review of aggression and violence in mental health settings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(7), 35-40.
- Borckardt, J. J., Madan, A., Grubaugh, A. L., Kmett Danielson, C., Pelic, C. G., Hardesty, S. J., . . . Frueh, B. C. (2011). Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 62(5), 477-483.
- Boumans, C. E., Egger, J. I. M., Souren, P. M., & Hutschemaekers, G. J. M. (2014). Reduction in the use of seclusion by the methodical work approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 161-170. doi: 10.1111/inm.12037
- Boumans, C. E., Egger, J. I. M., Souren, P. M., Mann-Poll, P. S., & Hutschemaekers, G. J. M. (2012). Nurses' decision on seclusion: patient characteristics, contextual factors and reflexivity in teams. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(3), 264-270.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499-508. doi: 10.1111/jpm.12129
- Bowers, L., & Crowder, M. (2012). Nursing staff numbers and their relationship to conflict and containment rates on psychiatric wards—A cross sectional time series Poisson regression study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 15-20.
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1412-1422.
- Boyer, R., Guay, S., & Goncalves, J. (2014). *Évaluation du programme de formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients: résultats d'une étude menée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal*. Montréal: Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.
- Boykin, A. (1998). Nursing as caring through the reflective lens. Dans C. Johns & D. Freshwater (dir.), *Transforming nursing through reflective practice* (p. 44-50). Malden, MA : Blackwell Science, Inc.
- Cano, N., Boyer, L., Garnier, C., Michel, A., Belzeaux, R., Chabannes, J. M., . . . Harle, J. R. (2011). L'isolement en psychiatrie: point de vue des patients et perspectives éthiques. *Encéphale*, 37(Suppl. 1), S4-S10.
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., . . . Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM: perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 2(125), 20-31.

- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*(95), 37-45.
- Chandler, G. E. (2012). Reducing use of restraints and seclusion to create a culture of safety. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 50(10), 29-36. doi: 10.3928/02793695-20120906-97
- Chartre des droits et libertés de la personne, C-12, L. R. Q. (2016).
- Ching, H., Daffern, M., Martin, T., & Thomas, S. (2010). Reducing the use of seclusion in a forensic psychiatric hospital: assessing the impact on aggression, therapeutic climate and staff confidence. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5), 737-760. doi: 10.1080/14789941003681361
- Collectif des 39. (2015, 2016). Non à la contention. Repéré le 10 avril 2016 à <http://www.hospitalite-collectif39.org/?NON-A-LA-CONTENTION>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains*.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: SAGE.
- D'Amour, D., Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 8-20.
- Department of Health (2012). *Transforming Care: A National response to Winterbourne View hospital*. Repéré le 20 août 2016 à https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213215/final-report.pdf
- Desgagné, S. (2001). L'approche collaborative de recherche en éducation: un rapport nouveau à établir entre recherche et formation. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(1), 33-64.
- Domecq, J. P., Prutsky, G., Elraiyah, T., Wang, Z., Nabhan, M., Shippee, N., . . . Murad, M. (2014). Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-9.
- Donat, D. C. (2003). An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 54(8), 1119-1123. doi: 10.1176/appi.ps.54.8.1119

- Dreifuerst, K. T. (2009). The essentials of debriefing in simulation learning: a concept analysis. *Nursing Education Perspectives*, 30, 109-114.
- Dumais, A., Larue, C., Drapeau, A., Ménard, G., & Giguère-Allard, M. (2011). Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(5), 394-402. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01679.x
- Duxbury, J. A. (2015). The Eileen Skellern lecture 2014: Physical restraint: In defence of the indefensible? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), 92-101.
- E-Morris, M., Caldwell, B., Mencher, K. J., Grogan, K., Judge-Gorny, M., Patterson, Z., . . . McQuaide, T. (2010). Nurse-directed care model in a psychiatric hospital: a model for clinical accountability. *Clinical Nurse Specialist*, 24(3), 154-160. doi: 10.1097/NUR.0b013e3181d82b6c
- Ennis, L., & Wykes, T. (2013). Impact of patient involvement in mental health research: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 203, 381-386.
- Fisher, W. A. (2003). Element of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(1), 7-15.
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 140-149. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04169.x
- Francis Report (2013). *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry: Executive Summary*. London: The Stationery Office.
- Gagnon, R. & Roy, O. (2006). La contention physique. Dans P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (p. 311-324). Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Georgieva, I., de Haan, G., Smith, W., & Mulder, C. L. (2010). Successful reduction of seclusion in a newly developed psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 6(1), 31-38. doi: 10.1017/S1742646409990082
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. Paris: Presses universitaires de France.
- Giddens, A. (1993). Une théorie critique de la modernité avancée. Dans M. Audet & H. Bouchikhi (dir.), *Structuration du social et modernité avancée, autour des travaux d'Anthony Giddens* (p. 29-53). Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval.
- Giordana, J. Y. (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Paris: Masson.

- Goetz, S. B., & Taylor-Trujillo, A. (2012). A Change in Culture: Violence Prevention in an Acute Behavioral Health Setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 18*(2), 96-103. doi: 10.1177/1078390312439469
- Goulet, M. H., & Larue, C. (2016). Post-seclusion and/or restraint review in psychiatry: a scoping review. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(1), 120-128.
- Goulet, M.H., Larue, C. (accepté). Post-seclusion and/or restraint review with patients and staff in mental health : development, implementation, and evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing, IJMHN-2016-182*.
- Goulet, M. H., & Larue, C. (soumis). A case study: practices surrounding the use of seclusion and restraint in acute psychiatric care. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*.
- Goulet, M. H., Larue, C., & Alderson, M. (2016). Reflective practice: A comparative dimensional analysis of the concept in nursing and education studies. *Nursing Forum, 51*(2), 139-150.
- Goulet, M. H., Larue, C., & Chouinard, C. (2015). Partage du savoir expérientiel: regard sur la contribution des patients partenaires d'enseignement en sciences infirmières. *Santé Mentale au Québec, 40*(1), 53-66.
- Goulet, M. H., Larue, C., & Dumais, A. (soumis). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: a systematic review. *Aggression and Violent Behaviour*.
- Goulet, M. H., Larue, C., Stafford, M. C., & Dumais, A. (2013). Profiles of patients admitted to a psychiatric intensive care unit: secluded with or without restraint. *Canadian Journal of Psychiatry, 58*(9), 546-550.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Dans E. G. Guba & Y. S. Lincoln (dir.), *The Sage handbook of qualitative research* (3^e éd., p. 191-215). Thousand Oaks: Sage
- Hallett, N., Huber, J. W., & Dickens, G. L. (2014). Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression and Violent Behavior, 19*(5), 502-514.
- Happell, B., & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing, 19*(3), 162-168.
- Harper, D., & Thompson, A. R. (2012). *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A., & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 22(4), 564-585.
- Hoffman, T., Glasziou, P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., . . . Lamb, S. E. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, g1687. doi: 10.1136/bmj.g1687
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion and restraint use in mental health settings : core strategies for prevention. *Journal of Psychological Nursing and Mental Health Service*, 42(9), 22-32.
- Huckshorn, K. A. (2005). Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use. Draft Example : Policy and Procedure on Debriefing for Seclusion and Restraint Reduction Projects. Repéré le 20 août à <http://www.wafca.org/Trauma%20Training/SR%20Debriefing%20policy%208%204%2007.pdf>
- Huckshorn, K. A. (2014). Reducing seclusion and restraint use in inpatient settings: a phenomenological study of state psychiatric hospital leader and staff experiences. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(11), 40-49. doi: 10.3928/02793695-20141006-01
- Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Mesures de contention et autres interventions de contrôle pour les patients hospitalisés en santé mentale en Ontario*. Ontario: ICIS.
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2014). Protocole d'utilisation des mesures de contrôle. Montréal : Auteur.
- Johns, C. (2010). *Guided reflection: A narrative approach to advancing professional practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Kayser-Jones, J. (1992). Culture, environment, and restraints: a conceptual model for research and practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(11), p. 13-20.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M., & Valimäki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16-24. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x
- Kontio, R., Valimäki, M., Putkonen, H., Cocoman, A., Turpeinen, S., Kuosmanen, L., & Joffe, G. (2009). Nurses' and physicians' educational needs in seclusion and restraint practices. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 198-207.

- Kontio, R., Valimaki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., & Joffe, G. (2010). Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, *17*(1), 65-76.
- Kuhn, T. S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lahio, T., Kattainen, E., Astedt-Kurki, P., Putkonen, H., Lindberg, N., & Kylma, J. (2012). Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *20*(9), 830-839.
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E., & Mailhot, M. P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*(5), 440-446. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01396.x
- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M. H., Bonin, J. P., & Baba, N. (2013). The experience of seclusion and restraint in psychiatric care settings: perspectives of the patients. *Issues in Mental Health Nursing*, *34*(5), 317-324.
- Larue, C., Piat, M., Racine, H., Ménard, G., & Goulet, M. H. (2010). The nursing decision making process in seclusion episodes in a psychiatric facility. *Issues in Mental Health Nursing*, *31*(3), 208-215. doi: 10.3109/01612840903131800
- Le Coz, P. (2007). *Petit traité de la décision médicale*. Paris: Seuil.
- Lebel, & Goldstein. (2005). The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatric Services*, *56*(9), 1109-1114.
- Lebel, J., Duxbury, J. A., Putkonen, A., Sprague, T., Rae, C., & Sharpe, J. (2014). Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *52*(11), 22-29.
- Légaré, F., Stacey, D., Pouliot, S., Gauvin, F.-P., Desroches, S., Kryworuchko, J., ... Graham, D. (2011). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *Journal of Interprofessional Care*, *25*(1), 18-25.
- Lehman, E. L. (2006). *Nonparametrics: Statistical methods based on ranks*. New York, NY: Springer.
- Lewis, M., Taylor, K., & Parks, J. (2009). Crisis prevention management: a program to reduce the use of seclusion and restraint in an inpatient mental health setting. *Issues in Mental Health Nursing*, *30*(3), 159-164.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. C., Ioannidis, J., & al., e. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analysis of

- studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 65-94.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A., & Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research* (4^e éd., p. 97-128). Thousand Oaks: SAGE.
- Ling, S., Cleverley, K., & Perivolaris, A. (2015). Understanding mental health service user experiences of restraint through debriefing: A qualitative analysis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(9), 386-392.
- LoBiondo-Wood, G., Haber, J., Cameron, C., & Singh, M. (2013). *Nursing research in Canada: Methods, critical appraisal, and utilization*. Toronto: Elsevier.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers, I-8, L. R. Q. (2015).
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, S-4.2, L.R.Q. (2016).
- Longtin, Y., Sax, H., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85, 53-62.
- Madan, A., Borckardt, J. J., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., McLeod-Bryant, S., Cooney, H., . . . Frueh, B. C. (2014). Efforts to reduce seclusion and restraint use in a state psychiatric hospital: A ten-year perspective. *Psychiatric Services*, 65(10), 1273-1276.
- Maguire, T., Young, R., & Martin, T. (2012). Seclusion reduction in a forensic mental health setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 97-106. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01753.x
- Mann-Poll, P. S., Smit, A., van Doeselaar, M., & Hutschemaekers, G. J. M. (2013). Professionals' Attitudes After a Seclusion Reduction Program: Anything Changed? *Psychiatric Quarterly*, 84(1), 1-10. doi: 10.1007/s11126-012-9222-6
- Mayers, P., Keet, N., Winkler, G., & Flisher, A. J. (2011). Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(1), 60-73.
- McCue, R. E., Urcuyo, L., Lilo, Y., Tobias, T., & Chambers, M. J. (2004). Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31, 217-224.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2011). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle (version révisée)*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques*. . Gouvernement du Québec: Équipe de travail de la Direction générale des services à la population.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes... the critical incident stress debriefing procedure. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269.
- Morante, F. (2005). Applying psychoanalytic thinking in a staff support group to reflect on service change and clinical practice in a specialist psychiatric service. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 19(2), 103-120.
- Moylan, L. (2012). A conceptual model for nurses decision making with aggressive psychiatric patient. Dans I. Needham, K. McKenna, M. Kingma & N. Oud (dir.), *Violence in the health sector: linking local initiatives with global learning* (p. 296-299). Amsterdam: Kavanah.
- Munhall, P. L. (2007). *Nursing research: a qualitative perspective*. (4^e éd.). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Needham, H., & Sands, N. (2010). Post-seclusion debriefing: a core nursing intervention. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 221-233. doi: PPC256 [pii]10.1111/j.1744-6163.2010.00256.x
- Noorthoorn, E., Lepping, P., Janssen, W., Hoogendoorn, A., Nijman, H., Widdershoven, G., & Steinert, T. (2015). One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(12), 1857-1869.
- Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K., & Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 425-439.
- Pelletier, J. F. (2011). Une vision clinique centrée sur la pleine citoyenneté : un nécessaire dialogue avec la communauté. Repéré à

http://www.iusmm.ca/documents/CÉRRIS/Presentation_JF_Pelletier_1decembre2011.pdf

- Pelletier, J. F., Davidson, L., & Roelandt, J. L. (2009). Citizenship and recovery for everyone: a global odyssey of public mental health. *International Journal of Mental Health Promotion, 11*, 45-53.
- Pepin, J., Kerouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D. (2015). Identification et gestion de la violence en psychiatrie: perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*(1), 47-60.
- Pollard, R., Yanasak, E., Rogers, S., & Tapp, A. (2007). Organizational and Unit Factors Contributing to Reduction in the Use of Seclusion and Restraint Procedures on an Acute Psychiatric Inpatient Unit. *Psychiatric Quarterly, 78*(1), 73-81.
- Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., . . . Jouet, E. (2015). Le "Montreal Model": enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique, 1*(HS), 41-50.
- Prescott, D. L., Madden, L. M., Dennis, M., Tisher, P., & Wingate, C. (2007). Reducing mechanical restraints in acute psychiatric care settings using rapid response teams. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 34*(1), 96-105.
- Protecteur du Citoyen (2011). *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c.P-38.001)*. Québec: Assemblée nationale.
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyänen, O.-P., Kautiainen, H., & Tiihonen, J. (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Services, 64*(9), 850-855. doi: 10.1176/appi.ps.201200393
- Qurashi, I., Johnson, D., Shaw, J., & Johnson, B. (2010). Reduction in the use of seclusion in a high secure hospital: a retrospective analysis. *Journal of Psychiatric Intensive Care, 6*(2), 109-115. doi: 10.1017/S174264640999015X
- Raphael, B., & Wooding, S. (2004). Debriefing: its evolution and current status. *Psychiatric Clinics of North America, 27*, 407-423.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork in health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

- Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A. (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75(1), 119-128.
- Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2009). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Review). *The Cochrane Library*(1), 1-46.
- Ryan, R., & Happell, B. (2009). Learning from experience: using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 100-107.
- Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Systematic Reviews*(2), CD001163. doi: 10.1002/14651858.CD001163
- Scanlan, J. N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *The International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412-423.
- Schippers, M. C., Den Hartog, D. N., & Koopman, P. L. (2007). Reflexivity in teams: a measure and correlates. *Applied Psychology: An International Review*, 56, 189-211.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner*. London: Temple Smith.
- Schwandt, T. (2007). *The Sage Dictionary of qualitative inquiry*. (3^e éd.). Thousand Oaks: Sage.
- Secker, J., Benson, A., Balfe, E., Lipsedge, M., Robinson, S., & Walker, J. (2004). Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 172-178.
- Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Broadway Business.
- Sidani, S., & Braden, C. J. (2011). *Design, evaluation, and translation of nursing interventions*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Soininen, P., Putkonen, H., Joffe, G., Korkeila, J., & Välimäki, M. (2014). Methodological and ethical challenges in studying patients' perceptions of coercion: a systematic mixed studies review. *BMC Psychiatry*, 14(1), 162.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Stake, R. E. (2008). Qualitative case studies. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Strategies of qualitative inquiry* (3^e éd., p. 119-149). Thousand Oaks: Sage Publications.

- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrutter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., . . . Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(9), 889-897.
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A., & Jones, J. (2010). A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 413-424. doi: 10.3109/01612840903484113
- Sutton, D., Webster, S., & Wilson, M. (2014). *Debriefing following seclusion and restraint: a summary of relevant literature*. Auckland: Te Pou o Te Whakaaro Nui.
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste: une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Taxis, C. J. (2002). Ethics and praxis : Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 157-170.
- Taylor, K., & Lewis, M. (2012). Witnessing: a tertiary prevention process to critically review each incident of seclusion or restraint. Dans I. Needham, K. McKenna, M. Kingma & N. Oud (dir.), *Third international conference on violence in the health sector: Linking local initiatives with global learning* (p. 307-308). Amsterdam: Kavanah.
- The Cochrane Collaboration. (2011). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Dans J. P. T. Higgins & S. Green (dir.). Repéré à <http://handbook.cochrane.org/>
- Trauer, T., Hamilton, B., Rogers, C., & Castle, D. (2010). Evaluation of the effect of a structured intervention for the management of behavioural disturbance on the level of seclusion in an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 6(2), 91-99.
- Tuckey, M. R. (2007). Issues in the debriefing debate for the emergency services: moving research outcomes forward. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 106-116.
- Vatne, S., & Fagermoen, M. S. (2007). To correct and to acknowledge: Two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 41-48.
- Vruwink, F. J., Mulder, C. L., Noorthoorn, E. O., Uitenbroek, D., & Nijman, H. L. I. (2012). The effects of a nationwide program to reduce seclusion in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 12, 231. doi: 10.1186/1471-244x-12-231
- Wale, J. B., Belkin, G. S., & Moon, R. (2011). Reducing the use of seclusion and restraint in psychiatric emergency and adult inpatient services- improving patient-centered care. *The Permanente Journal*, 15(2), 57-62.

- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little Brown.
- Watson, J. (2001). Jean Watson: Theory of human caring. Dans M. E. Parker (dir.), *Nursing theories and nursing practice* (p. 343-354). Philadelphia: Davis.
- Watson, J. (2006). Part 1. Jean Watson theory of human caring. Dans M. E. Parker (dir.), *Nursing theories & nursing practice* (2^e éd., p. 295-302). Philadelphia: Davis.
- Weiss, E., Altimari, D., Blint, D., & Megan, K. (1998). Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report. *Hartford Courant Journal*, p. 15.
- Whitecross, F., Seear, A., & Lee, S. (2013). Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 512-521.
- Wieman, D. A., Camacho-Gonsalves, T., Huckshorn, K. A., & Leff, S. (2014). Multisite study of an evidence-based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Services*, 65(3), 345-351.
- Yin, R. B. (2012). *Applications of case study research*. (3^e éd.). Thousand Oaks: Sage.

Annexe A : Preuve de soumission du premier article

mardi 15 mars 2016 10

Ms. Ref. No.: AVB-D-16-00040R1

Title: Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: a systematic review

Aggression and Violent Behavior

Dear Mrs. Marie-Hélène Goulet,

Your submission "Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: a systematic review" will be handled by Editor-in-Chief Vincent Van Hasselt.

You may check the progress of your paper by logging into the Elsevier Editorial System as an author at <http://ees.elsevier.com/avb/>.

Your username is: marie-helene.goulet@umontreal.ca

If you need to retrieve password details, please go to:

http://ees.elsevier.com/AVB/automail_query.asp

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Elsevier Editorial System
Aggression and Violent Behavior

Annexe B : Preuve de publication du deuxième article

Archives of Psychiatric Nursing 30 (2016) 120–128



Contents lists available at ScienceDirect

Archives of Psychiatric Nursing

journal homepage: www.elsevier.com/locate/apnu



Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review



Marie-Hélène Goulet *, Caroline Larue

Faculty of Nursing, Université de Montréal, Quebec Nursing Intervention Research Network (RRISQ), Centre de recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (CRUSMM)

ABSTRACT

Context: It has been suggested that after an incident in which a patient has been placed in seclusion or in restraints, an intervention should be conducted after the event to ensure continuity of care and prevent recurrences. Several terms are used, and various models have been suggested for post-seclusion and/or restraint review; however, the intervention has never been precisely defined.

Objective: This article presents a scoping review on post-seclusion and/or restraint review in psychiatry to examine existing models and the theoretical foundations on which they rely.

Method: A scoping review of academic articles (CINAHL and Medline database) yielded 28 articles.

Results: Post-seclusion and/or restraint review has its origins in the concepts of debriefing in psychology and reflective practice in nursing. We propose a typology in terms of the intervention target, including the patient, the health care providers, or both.

Implications: The analysis found that the review ought to involve both the patient and the care providers using an approach that fosters reflexivity among all those involved in order to change the practice of seclusion in psychiatric settings.

Accessible summary:

- Established literature documented widely that seclusion and restraint has adverse physical and psychological consequences for patient and for health care providers.
- Post-seclusion and/or restraint review is promoted in most guidelines, but there is no scoping or systematic review yet on the subject.
- The origins of post-seclusion and/or restraint review are in the concepts of debriefing in psychology and reflective practice in nursing.
- We propose that post-seclusion and/or restraint review should focus on both patients and health care providers.
- Systematic post-seclusion and/or restraint review should be performed after each event, and its effects on patients and on mental health professionals should be rigorously assessed.

Annexe C : Lettre de sollicitation - pré-intervention



Le 28 janvier 2014

Objet. Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.

Madame, Monsieur,

Notre équipe de recherche du centre de recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (CRIUSMM) entreprendra sous peu un projet de recherche auprès des patients afin de mieux connaître leur perception des services qu'ils reçoivent.

Vous serez invité à participer à une entrevue entre avril 2014 et juin 2014 afin de connaître votre expérience de soins en lien avec l'isolement avec ou sans contention. Le temps requis pour répondre au questionnaire d'entrevue est estimé à environ trente minutes. Votre collaboration à cette démarche est importante, puisque vos réponses nous permettront de mieux connaître votre point de vue sur les services que vous recevez et ainsi améliorer ces services.

Afin de réaliser les entrevues, l'étudiante-chercheuse vous rencontrera au moment qui vous convient le mieux.

En terminant, nous tenons à vous assurer que l'ensemble de vos réponses sera traité avec la plus stricte confidentialité. Précisons à cet égard que votre nom n'apparaîtra sur aucun questionnaire. Vous ne pourrez jamais être associé aux réponses que vous aurez données. Seules des informations de groupe pourront être utilisées dans le cadre de publication. Voilà pourquoi, vous pourrez répondre en toute confiance aux différentes questions. C'est ainsi que vous contribuerez à l'amélioration de la qualité de vie à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Si vous avez des questions au sujet de cette démarche, vous pouvez vous informer auprès de Marie-Hélène Goulet (514-521-4000 poste 3208), étudiante au doctorat à la Faculté des sciences infirmières et au CRIUSMM. Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet ou pour déposer une plainte, vous pouvez contacter le Commissaire local à la qualité des services – Institut universitaire de santé mentale de Montréal – 7401 rue Hochelaga – Montréal (Québec) H1N 3M5 – téléphone: (514) 251-4000 poste 2268.

Nous vous remercions à l'avance de votre précieuse collaboration.

Marie-Hélène Goulet

Étudiante au doctorat à l'Université de Montréal

Annexe D : Lettre de sollicitation - post-intervention



Le 28 janvier 2014

Objet. Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.

Madame, Monsieur,

Notre équipe de recherche du centre de recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (CRIUSMM) entreprendra sous peu un projet de recherche auprès des patients afin de mieux connaître leur perception des services qu'ils reçoivent.

Vous serez invité à participer à une entrevue entre octobre 2014 et mars 2015 afin de connaître votre expérience de soins en lien avec l'isolement avec ou sans contention. Le temps requis pour répondre au questionnaire d'entrevue est estimé à environ trente minutes. Votre collaboration à cette démarche est importante, puisque vos réponses nous permettront de mieux connaître votre point de vue sur les services que vous recevez et ainsi améliorer ces services.

Afin de réaliser les entrevues, l'étudiante-chercheuse vous rencontrera au moment qui vous convient le mieux.

En terminant, nous tenons à vous assurer que l'ensemble de vos réponses sera traité avec la plus stricte confidentialité. Précisons à cet égard que votre nom n'apparaîtra sur aucun questionnaire. Vous ne pourrez jamais être associé aux réponses que vous aurez données. Seules des informations de groupe pourront être utilisées dans le cadre de publication. Voilà pourquoi, vous pourrez répondre en toute confiance aux différentes questions. C'est ainsi que vous contribuerez à l'amélioration de la qualité de vie à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Si vous avez des questions au sujet de cette démarche, vous pouvez vous informer auprès de Marie-Hélène Goulet (514-521-4000 poste 3208), étudiante au doctorat à la Faculté des sciences infirmières et au CRIUSMM. Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet ou pour déposer une plainte, vous pouvez contacter le Commissaire local à la qualité des services – Institut universitaire de santé mentale de Montréal – 7401 rue Hochelaga – Montréal (Québec) H1N 3M5 – téléphone: (514) 251-4000 poste 2268.

Nous vous remercions à l'avance de votre précieuse collaboration.

Marie-Hélène Goulet

Étudiante au doctorat à l'Université de Montréal

Annexe E : Guides d'entretien avec les intervenants pré et post-intervention

Grille d'entretien individuel semi-dirigé avec les intervenants (pré-intervention)

Présentation

Bonjour, mon nom est Marie-Hélène Goulet. Je suis étudiante-chercheuse dans le projet ayant pour titre : *Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus*. Je fais mon doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et je suis étudiante au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM).

Le projet consiste à développer, implanter et évaluer une intervention de retour après l'isolement avec ou sans contention.

Plus précisément, pour cet entretien, *votre perception du contexte et des interventions faites après un épisode d'isolement avec ou sans contention nous intéresse. Ceci nous sera utile pour développer une intervention post-isolement.*

Pour faciliter la discussion, l'entretien sera enregistré sur bande audio. Je vous garantis que les réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. En clair, la transcription de l'entretien ne sera pas nominative et ne révélera pas votre identité. La procédure d'enregistrement nous permet de ne manquer aucune information. Vous avez en face de vous un formulaire de consentement. Je vous demande de le lire. Je vous donne à cet effet quelques minutes de lecture. Puis je recevrai toute interrogation ou commentaire que vous pourriez avoir sur ce consentement (attendre).

(Réponse aux interrogations et réaction si nécessaire aux commentaires).

Je vous demande maintenant de signer le consentement.

1. (Si la personne s'objecte à participer : traiter selon le principe de choix libre et éclairé.)
2. (Si la personne accepte de participer, mais s'oppose à l'enregistrement audio : l'enregistrement n'est pas possible.)

3. (Si la personne ne s'oppose pas : poursuivre la rencontre.)

*** L'entrevue débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.***

L'enregistrement débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.

QUESTIONNAIRE

1. La personne.

- a. Quelle poste occupez-vous?
- b. Depuis combien de temps travaillez-vous en santé mentale?
- c. Quelle est votre formation?
- d. Avez-vous reçu une formation sur la gestion des comportements agressifs?
(Dans l'affirmative, laquelle?)
- e. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous (21 à 30 ans, 31 à 40 ans, 41 à 50, plus de 50 ans)?

2. Le milieu.

- a. Pouvez-vous me parler de votre contexte de travail en lien avec la gestion de l'agressivité, la contention et l'isolement?
(Au besoin seulement, suggérer de grandes catégories : caractéristiques individuelles, caractéristiques des patients, l'équipe de travail, le milieu physique, la philosophie du milieu, la philosophie de l'établissement, le lien avec le patient.)

3. La santé.

- a. Pouvez-vous me parler de votre sentiment de sécurité sur votre unité?

4. Le soin.

- a. Comment percevez-vous l'utilisation de l'isolement et de la contention sur votre unité?
- b. En lien avec l'isolement et la contention, quel est votre rôle?

- c. Selon vous, est-ce que la gestion du comportement agressif, de l'isolement et de la contention se fait en équipe? (Dans l'affirmative, demander de justifier.)
- d. Comment vous sentez-vous lors de ce type d'intervention?
- e. Après une mise en isolement, que faites-vous?
(Au besoin seulement, suggérer de grandes catégories : avec patient, avec équipe.)
- f. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter sur votre milieu en lien avec l'isolement-contention ou sur le retour qui est actuellement fait?

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette entrevue. Les renseignements recueillis sont confidentiels et ne seront utilisés qu'aux fins de l'analyse des données.

Grille d'entretien individuel semi-dirigé avec les intervenants (post-intervention)

Présentation :

Bonjour, mon nom est Marie-Hélène Goulet. Je suis étudiante-chercheuse dans le projet ayant pour titre : *Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus*. Je fais mon doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et je suis étudiante au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM). Le projet consiste à développer, implanter et évaluer une intervention de retour après l'isolement avec ou sans contentions. Plus précisément, pour cet entretien, *votre perception du contexte et du retour post-isolement implanté dans votre unité nous intéresse. Ceci nous sera utile pour décrire son implantation et l'évaluer.*

Pour faciliter la discussion, l'entretien sera enregistré sur bande audio. Je vous garantis que les réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. En clair, la transcription de l'entretien ne sera pas nominative et ne révélera pas votre identité. La procédure d'enregistrement nous permet de ne manquer aucune information. Vous avez en face de vous un formulaire de consentement. Je vous demande de le lire. Je vous donne à cet effet quelques minutes de lecture. Puis je recevrai toute interrogation ou commentaire que vous pourriez avoir sur ce consentement (attendre).

(Réponse aux interrogations et réaction si nécessaire aux commentaires).

Je vous demande maintenant de signer le consentement.

4. (Si la personne s'objecte à participer : traiter selon le principe de choix libre et éclairé.)
5. (Si la personne accepte de participer, mais s'oppose à l'enregistrement audio : l'enregistrement n'est pas possible.)
6. (Si la personne ne s'oppose pas : poursuivre la rencontre.)

*** L'entrevue débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.***

L'enregistrement débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.

QUESTIONNAIRE

1. La personne.
 - a. Quelle poste occupez-vous?
 - b. Depuis combien de temps travaillez-vous en santé mentale?
 - c. Quelle est votre formation?
 - d. Avez-vous reçu une formation sur la gestion des comportements agressifs?
(Dans l'affirmative, laquelle?)
 - e. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous (21 à 30 ans, 31 à 40 ans, 41 à 50, plus de 50 ans)?

2. Le milieu.
 - a. Pouvez-vous me parler de votre contexte de travail en lien avec la gestion de l'agressivité, la contention et l'isolement?
(Au besoin seulement, suggérer de grandes catégories : caractéristiques individuelles, caractéristiques des patients, l'équipe de travail, le milieu physique, la philosophie du milieu, la philosophie de l'établissement, le lien avec le patient.)

3. La santé.
 - a. Pouvez-vous me parler de votre sentiment de sécurité sur votre unité?

4. Le soin.
 - a. Comment percevez-vous l'utilisation de l'isolement et de la contention sur votre unité?
 - b. En lien avec l'isolement et la contention, quel est votre rôle?
 - c. Selon vous, est-ce que la gestion du comportement agressif, de l'isolement et de la contention se fait en équipe? (Dans l'affirmative, demander de justifier.)
 - d. Comment vous sentez-vous lors de ce type d'intervention?
 - e. Quelle a été votre expérience du retour post-isolement implanté sur votre unité?
 - i. Avec le patient?

ii. Avec l'équipe?

(Au besoin seulement, demander de spécifier selon les différentes composantes de l'intervention développée par le comité d'experts)

- f. Selon vous, quels ont été les éléments facilitant son implantation?
- g. Selon vous, quels ont été les obstacles à son implantation?
- h. Quels sont les éléments du retour post-isolement avez-vous trouvé les plus aidant?
- i. Quels éléments du retour post-isolement changeriez-vous?
- j. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter en lien avec le retour post-isolement?

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette entrevue. Les renseignements recueillis sont confidentiels et ne seront utilisés qu'aux fins de l'analyse des données.

Annexe F : Guides d'entretien avec les patients pré et post-intervention

Grille d'entretien individuel semi-dirigé avec les patients (pré-intervention)

Présentation

Bonjour, mon nom est Marie-Hélène Goulet. Je suis étudiante-chercheuse dans le projet ayant pour titre : *Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus*. Je fais mon doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et je suis étudiante au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM).

Le projet consiste à développer, implanter et évaluer un retour par les intervenants avec le patient après son épisode d'isolement.

Plus précisément, pour cet entretien, nous voulons votre *perception sur ce qui a été fait avec vous après votre mise en isolement*. Ceci nous sera utile pour développer une intervention de retour avec le patient sur l'isolement.

Pour faciliter la discussion, l'entretien sera enregistré sur bande audio. Je vous garantis que les réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. En clair, la transcription de l'entretien ne sera pas nominative et ne révélera pas votre identité. La procédure d'enregistrement nous permet de ne manquer aucune information. Vous avez en face de vous un formulaire de consentement. Je vous demande de le lire. Je vous donne à cet effet quelques minutes de lecture. Puis je recevrai toute interrogation ou commentaire que vous pourriez avoir sur ce consentement (attendre).

(Réponse aux interrogations et réaction si nécessaire aux commentaires).

Je vous demande maintenant de signer le consentement.

1. (Si la personne s'objecte à participer : traiter selon le principe de choix libre et éclairé.)

2. (Si la personne accepte de participer, mais s'oppose à l'enregistrement audio : l'enregistrement n'est pas possible.)
3. (Si la personne ne s'oppose pas : poursuivre la rencontre.)

*** L'entrevue débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.***

L'enregistrement débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.

QUESTIONNAIRE

1. La personne.
 - a. Quelle est la raison de votre hospitalisation?
(S'il connaît la raison, demander quel est son diagnostic.)
 - b. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous (21 à 30 ans, 31 à 40 ans, 41 à 50, plus de 50 ans)?
 - c. Savez-vous dans combien de temps est prévu votre congé d'hospitalisation?
2. L'environnement.
 - a. Quel type de logement habitez-vous?
 - b. Avez-vous un réseau social? (Dans l'affirmative, quel est-il?)
 - c. Avez-vous une occupation? (Dans l'affirmative, quel est-elle?)
 - d. À l'extérieur de l'hôpital, vous arrive-t-il de perdre le contrôle de vos comportements ou de vos émotions? (Dans l'affirmative, qu'arrive-t-il à ce moment-là?)
3. La santé.
 - a. Pouvez-vous me parler du contexte qui a fait en sorte que vous avez été mis en isolement?
 - b. D'après vous, quelles sont les raisons qui ont mené à votre mise en isolement?
 - c. Comment vous êtes-vous sentis? Et maintenant?
 - d. Pensez-vous que les choses se dérouleraient autrement maintenant si vous faisiez face à la même expérience?

4. Le soin.

- a. Est-ce que quelqu'un est venu vous en parler une fois sorti d'isolement?

Dans la négative, rechercher les causes : refus du patient ou absence d'intervention.

Dans l'affirmative, explorer :

- b. Qui vous a approché et à quel moment est-ce arrivé?

- c. De quoi vous a-t-on parlé?

(Au besoin seulement, suggérer de grandes catégories : déroulement IC, émotions ressenties, recherche de solutions pour une prochaine fois, son implication dans l'adaptation du plan de soin)

- d. Comment vous êtes-vous senti lors de ce retour?

- e. Qu'avez-vous préféré lors de ce retour avec vous?

- f. Qu'avez-vous le moins aimé lors de ce retour avec vous?

- g. Une fois sorti de la chambre d'isolement, qu'est-ce que vous auriez aimé qu'on vous dise?

- h. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter sur la discussion avec vous après l'isolement dont nous n'avons pas discuté?

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette entrevue. Les renseignements recueillis sont confidentiels et ne seront utilisés qu'aux fins de l'analyse des données.

Grille d'entretien individuel semi-dirigé avec les patients (post-intervention)

Présentation

Bonjour, mon nom est Marie-Hélène Goulet. Je suis étudiante-chercheuse dans le projet ayant pour titre : *Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus*. Je fais mon doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et je suis étudiante au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM).

Le projet consiste à développer, implanter et évaluer un retour par les intervenants avec le patient après son épisode d'isolement.

Plus précisément, pour cet entretien, nous voulons votre *perception sur ce qui a été fait avec vous après votre mise en isolement*. Ceci nous sera utile pour évaluer l'intervention.

Pour faciliter la discussion, l'entretien sera enregistré sur bande audio. Je vous garantis que les réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. En clair, la transcription de l'entretien ne sera pas nominative et ne révélera pas votre identité. La procédure d'enregistrement nous permet de ne manquer aucune information. Vous avez en face de vous un formulaire de consentement. Je vous demande de le lire. Je vous donne à cet effet quelques minutes de lecture. Puis je recevrai toute interrogation ou commentaire que vous pourriez avoir sur ce consentement (attendre).

(Réponse aux interrogations et réaction si nécessaire aux commentaires).

Je vous demande maintenant de signer le consentement.

4. (Si la personne s'objecte à participer : traiter selon le principe de choix libre et éclairé.)
5. (Si la personne accepte de participer, mais s'oppose à l'enregistrement audio : l'enregistrement n'est pas possible.)
6. (Si la personne ne s'oppose pas : poursuivre la rencontre.)

*** L'entrevue débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.***

L'enregistrement débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.

QUESTIONNAIRE

1. La personne.
 - a. Quelle est la raison de votre hospitalisation?
(S'il connaît la raison, demander quel est son diagnostic.)
 - b. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous (21 à 30 ans, 31 à 40 ans, 41 à 50, plus de 50 ans)?
 - c. Savez-vous dans combien de temps est prévu votre congé d'hospitalisation?

2. L'environnement.
 - a. Quel type de logement habitez-vous?
 - b. Avez-vous un réseau social? (Dans l'affirmative, quel est-il?)
 - c. Avez-vous une occupation? (Dans l'affirmative, quel est-elle?)
 - d. À l'extérieur de l'hôpital, vous arrive-t-il de perdre le contrôle de vos comportements ou de vos émotions? (Dans l'affirmative, qu'arrive-t-il à ce moment-là?)

3. La santé.
 - a. Pouvez-vous me parler du contexte qui a fait en sorte que vous avez été mis en isolement?
 - b. D'après vous, quelles sont les raisons qui ont mené à votre mise en isolement?
 - c. Comment vous êtes-vous sentis? Et maintenant?
 - d. Pensez-vous que les choses se dérouleraient autrement maintenant si vous faisiez face à la même expérience?

4. Le soin.
 - a. Est-ce que quelqu'un est venu vous en parler une fois sorti d'isolement?
(Dans la négative, essayer de rechercher les causes : refus du patient ou absence d'intervention.)
Dans l'affirmative, explorer :
 - b. Qui vous a approché et à quel moment est-ce arrivé?

c. De quoi vous a-t-on parlé?

(Au besoin seulement, suggérer de grandes catégories : déroulement IC, émotions ressenties, recherche de solutions pour une prochaine fois, son implication dans l'adaptation du plan de soin)

d. Comment vous êtes-vous senti lors de ce retour?

e. Qu'avez-vous préféré lors de ce retour avec vous?

f. Qu'avez-vous le moins aimé lors de ce retour avec vous?

g. Une fois sorti de la chambre d'isolement, qu'est-ce que vous auriez aimé qu'on vous dise?

h. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter sur la discussion avec vous après l'isolement dont nous n'avons pas discuté?

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette entrevue. Les renseignements recueillis sont confidentiels et ne seront utilisés qu'aux fins de l'analyse des données.

Annexe G : Arbre de codes pour les patients

Caractéristiques organisation

- ◆ Organisations physiques
Références en lien avec l'organisation (gestionnaires, administration, protocole,
- ◆ En philosophie de l'organisation)
Émotions de la personne
- ◆ Trajectoire de soins
Références aux différentes phases de l'hospitalisation de la personne: raison de l'hospitalisation, diagnostic, soins généraux reçus outre l'IC, congé prévu

Caractéristiques Environnement

- ◆ Milieu hospitalier
Environnement physique, matériel, climat
- ◆ Milieu naturel
Références au milieu de vie naturel (logement, réseau social, gestion de l'agressivité à l'extérieur de l'hôpital)

Caractéristiques Soins

Intervention de retour

- ◆ Comment
Référence à la présence ou à l'absence de retour ou de discussion sur l'épisode d'isolement avec ou sans contention, le cas échéant avec qui, quand, dans quel contexte (réel ou souhaité)
- ◆ Quoi
Thèmes abordés lors d'un retour sur l'isolement avec ou sans contentions (réel ou souhaité)

Isolement-contention

- ◆ Mesures de remplacement
Interventions des intervenants pour diminuer l'agressivité ou l'anxiété de la personne
- ◆ Mise en IC
Interventions reçues ou non reçues de la mise en isolement jusqu'à sa cessation (réel ou souhaité)
- ◆ Perception IC
Contexte, raison et perception de l'IC

Perception du lien thérapeutique

- ◆ Lien avec intervenants
Références à la nature du lien entre la personne et les intervenants (sauf si en lien avec le retour post-isolement ou avec les émotions)

Annexe H : Arbre de codes pour les intervenants

Facteurs organisationnels

- ◆ Gestionnaires
- ◆ Protocole

Facteurs environnementaux

- ◆ Philosophie IC
- ◆ Milieu physique/Matériel
- ◆ Perception clientèle

Équipe de soins

- ◆ Normes/Règles
*en lien avec
les règles de vie de l'unité
les normes de pratiques de l'équipe*
- ◆ Liberté d'expression/Discussion en équipe

Intervenants

- ◆ Sentiment de sécurité
Sentiment de sécurité au travail
- ◆ Émotion IC

Intervention

Rôle de l'intervenant

- ◆ Rôle
- ◆ Mesures de remplacement

Retour patient

- ◆ Quoi
- ◆ Comment

Retour équipe

- ◆ Quoi?
- ◆ Comment?

En attente

- ◆ À ne pas perdre

Annexe I : Extraits d'une synthèse thématique par intervenant, d'un entretien codifié et d'un tableau synthèse par thème

Synthèse thématique intervenant 1

Milieu :

- Réputé pour avoir un faible taux d'IC depuis 12 ans
- Réputé pour avoir eu plusieurs agressions : donne de nombreux exemples avec maints détails, CSST
- A déjà eu problématique de toxicomanie sur l'unité
- Clientèle : décrite comme toujours très menaçante (jeunes qui sont forts), diversité de nationalités
- Agressions : habituellement des coups vicieux
- Sécurité : perception très négative: le poste n'est pas sécuritaire, pas de bracelet d'alerte, « s'il avait vraiment voulu, il aurait pu tuer », mauvaise communication avec la sécurité (lente à intervenir)

Philosophie de l'intervention :

- L'approche a changé avec les formations, pression de l'organisation. Avant c'était davantage punitif.
- Plaide en faveur de l'isolement punitif : il doit y avoir une conséquence à un comportement inadéquat (ex : si un patient frappe et se calme immédiatement, contentions jusqu'à réévaluation psychiatre)
- Souci que les notes au dossier le protègent : que ce soit acceptable, documenter la raison
- Raison : si patient est très agressif ou en réaction à un comportement inadéquat (ex : l'agresseur entre 2 patients) jusqu'à réévaluation du psychiatre. Contentions si demandes répétées en chambre d'isolement.
- Décision : plus de poids en équipe pour les notes, donc préfère se référer aux infirmières d'expérience ou au psychiatre, mais peut facilement obtenir isolement au besoin

Personne :

- Se sent correct car l'intervention est justifiée
- Réactif, car il n'est pas neutre en situation d'agressivité dirigée vers les intervenants

- Rôle : établir le contact avec le patient, s'asseoir et parler avec le patient pour baisser la tension

Normes :

- Escalade agressive, car le patient devait remonter ses culottes qui étaient jugées trop basses
- Suivi des règles (mettre la jaquette) mène à une escalade : valide avec l'infirmière-chef s'il a bien fait.
- Normalisation de la violence subie : coup sur le nez, saigne abondamment, mais aucune fracture, donc c'est correct.

Retour post-isolement :

a) avec le patient :

- Retour systématique de façon informelle
- Explications et justifications de l'intervention
- Exploration superficielle des émotions et des différents moyens (ex : PRN)
- Peut être fait seul, ou en équipe avec le psychiatre, le résident, l'infirmière et la chef d'unité

b) avec l'équipe

- Si agression physique : rapport au coordonnateur, examen médical, appel de la chef d'unité, proposition de consulter
- Pas de retour en équipe, sauf de façon informelle en reparlant du patient.
- Ne sait pas s'il y a des réunions de jour à ce propos

Capture d'écran d'un extrait d'entretien codifié à l'aide du logiciel QDA Miner

The screenshot displays the QDA Miner interface with the following components:

- Top Panel:** Project name "QDA Miner - Entretiens intervenants pré 29 juillet 2014.ppj" and menu options: "Projet", "Cas", "Variables", "Cdges", "Document", "Recherche", "Analyser", "Aide".
- Left Panel (Navigation):**
 - CAS:** A list of 13 interviews, with "Entretien intervenant 8" selected.
 - VARIABLES:** A list of variables including FILE, DOCUMENT, TYPE_INTER, QUART, GENRE, and FORMATION.
 - CODES:** A hierarchical tree structure:
 - Facteurs organisationnels
 - Gestionnaires
 - Protocole
 - Facteurs environnementaux
 - Philosophie IC
 - Milieu physique/Matériel
 - Perception clientèle
 - Équipe de soins
 - Normes/Règles
 - Liberté d'expression/Discussion en équipe
 - Intervenants
 - Sentiment de sécurité
 - Émotion IC
 - Perception IC
 - Intervention
 - Rôle de l'intervenant
 - Rôle
 - Mesures de remplacement
 - Retour patient
 - Quoi
 - Comment
 - Retour équipe
 - Quoi?
 - Comment?
 - En attente
 - À ne pas perdre
- Center Panel (Document):** A text editor showing a transcript with red annotations.

I : Toi, tu n'as pas d'échos de ça?

R : Non.

I : Juste voir si je n'oublie pas des choses... Je retourne un peu en arrière, je veux juste savoir comment tu perçois ton rôle d'infirmier par rapport à la gestion de l'agressivité, isolement, contention. Comment tu perçois ton rôle?

R : Comme je te disais, quand j'ai appris qu'on avait un des plus bas taux de d'isolement, ça m'a accroché et je me suis dit : « je vais essayer de maintenir ça moi aussi ».

I : Comme une fierté?

R : Oui, peut-être bien. C'est vraiment le contact. Tu vois un patient et tu lui dis bonjour. Tu maintiens un contact comme ça, même si c'est pas mon patient. Je travaille les fins de semaine et on travaille juste à 2 ou lieu de 3, alors ça se peut que je l'aie comme patient. Déjà, tu établis un contact. Souvent, c'est ça. Quand tu as un bon contact, c'est plus facile. Le patient est agressif: le patient se dit : avec lui ou elle... il se sent plus en confiance. Déjà, ça... Aussi, on peut... Il va mal, tu t'assoies et tu parles avec lui ou avec elle. Déjà, ça fait baisser. « Veux-tu que je te donne un prn maintenant? » Peut-être que j'ai évité un isolement. Il y a d'autres cas, un autre exemple que je vais te donner, j'ai presque été agressé. C'est un patient qui était en jaquette et il fallait qu'il le reste. Je ne sais plus pour quelle raison. Il me demande : « Est-ce que je peux m'habiller? » Je dis : « non, tu peux pas t'habiller en ce moment, c'est ton plan de soins. Tu restes en jaquette. » Il va prendre sa douche. Il finit de prendre sa douche et il s'est habillé. J'ai dit : « non, il faut que tu restes en jaquette ». Alors là, il dit : non je reste habillé. Tu peux pas, tu restes en jaquette. C'est peut-être là que ça a été mon erreur, j'ai dit : « si tu te remets pas en jaquette, je vais être obligé d'appeler la sécurité. » À ne pas faire, parce que c'est comme le provoquer. Je l'aurais appelée de toute façon, mais là c'est comme le mettre devant le fait accompli. J'en ai parlé à la chef d'unité, j'ai dit : « ça aurait pas été mieux que je le laisse habillé, ça aurait pas dégénéré? » Je t'ai raconté ce qui s'est passé après. Elle a dit : « de toute façon, il aurait sauté pour quelque chose. » C'est une façon de voir les choses. Il avait dit : « qu'il vienne, je vais me défendre ». Dans ce temps-là, on avait des ventilateurs comme ça, mais sur pied. On ne les a plus. En attendant que la sécurité arrive, « je vais me défendre ». Il prend le ventilateur et le pied, c'est comme une grosse assiette blanche.

I : Assez lourde pour que ça serve...

R : Non, l'assiette tombe et il s'aperçoit que la tête s'enlève. Alors il avait un beau manche, c'était pas en acier, c'était en aluminium mais tout de même. Alors j'appelle la sécurité.. Juste te dire, il y a un manque de communication avec la sécurité et nous. Ils aiment pas qu'on leur dise quoi faire. On sait, on connaît le contexte. Je reviens sur l'événement du patient qui a donné un coup de pied dans la porte. C'était impressionnant. L'infirmière a dit : « il est très agressif, il vient de défoncer la porte ». Les agents de sécurité arrivent... Ils ont jamais dit que c'était un code blanc, ça prend environ 7 minutes. Ça a pas de bon sens. Ils disent : « quand on est arrivés, il était bien calme. » Il était calme parce qu'il avait choisi de rester calme! S'il avait décidé de passer à l'acte, ça aurait été épouvantable. Je reviens à l'événement du patient avec le manche. J'appelle la sécurité. « Pouvez-vous envoyer des agents parce que le patient est armé, ça serait peut-être mieux d'en envoyer plus que deux. » Le coordonnateur, ça l'a irrité parce qu'il m'a dit : « on va vous envoyer deux des meilleurs. » comme pour me remettre à ma place. Les 2 agents arrivent et ils me demandent pourquoi j'ai pas demandé 4 agents. « C'est ça que j'ai dit à ton superviseur! » Tu vois le genre de contexte.

I : Alors la communication, c'est pas toujours évident.

R : Non, c'est ça. Ils en ont envoyé 2 autres avec un bouclier. Ça a fini : coup de bâton dans le bouclier et à quatre ils ont été capables de le maîtriser. Ça a fini qu'il nous a craché dans la face.

I : J'imagine isolement et contention?

R : Oui.
- Right Panel (Annotations):** A vertical list of annotations with colored brackets:
 - Comment?
 - Rôle
 - Rôle
 - Mesures de ren
 - Sentiment de s
 - Normes/Règles
 - Sentiment de s
- Bottom Panel:** Windows taskbar showing the time 13:46 and date 2016-08-27.

Extrait du rapport de segments codés : exemple pour le code « Sentiment de sécurité »

<i>Catégorie : Intervenants</i>	
Sentiment de sécurité	Il est arrivé un cas... Je ne sais pas si tu en as entendu parler, mais on est réputés pour avoir beaucoup d'agression. Il y a beaucoup d'agression... quasiment aux 2-3 mois il y a quelqu'un qui se fait agresser. (intervenant 1)
Sentiment de sécurité	Il s'est mis à la frapper. Il la frappait comme un punching bag. Il aurait pu la tuer. C'est il y a un an. (intervenant 1)
Sentiment de sécurité	Il m'a frappé au visage... mais ça paraissait presque pas. Je saignais, mais ça paraissait pire que c'était parce qu'il m'a frappé sur le nez, il m'a frappé sur la bouche, mais il m'a pas cassé de dents, il m'a pas cassé le nez. (intervenant 1)
Sentiment de sécurité	C'est arrivé pour un patient intoxiqué il y a 3 ans qui arrivait ici et on faisait des fouilles à ce moment-là parce qu'on peut en faire selon la problématique. L'infirmière veut fouiller le patient et le patient dit « non » et il est agressif. Le patient voulait rien savoir. Elle sort d'ici et elle dit au patient : « je vais appeler la sécurité ». Le patient était vraiment en colère a frappé le préposé. (intervenant 2)
Sentiment de sécurité	Le patient avait vraiment défoncé la porte du poste et il devenait intimidant. On attendait la sécurité. Encore là, la sécurité c'est des jeunes qui travaillent là et je trouve vraiment que ça prend entre 8 et 10 minutes quand un patient agresse quelqu'un. C'est trop long. Ça prend un gros 8 minutes et on appelle 2-3 fois. On pouvait pas attendre. S'il rentrait dans le poste, il nous frappait tout le monde. (intervenant 2)
Sentiment de sécurité	La dangerosité? « C'est à chaque jour, n'importe quand, ça peut être de façon impulsive. » On va voir les patients à deux, souvent avec la chef d'unité. (intervenant 3)
Sentiment de sécurité	Il y a eu 3 cas d'agression grave sur l'unité. L'équipe a par la suite été rencontrée par un psychologue, chef d'unité et le médecin pour savoir comment on se sent. Je me suis sentie supportée là-dedans. (intervenant 3)
Sentiment de sécurité	Les agents de sécurité nous supportent. (intervenant 3)
Sentiment de sécurité	Je n'ai pas peur, sinon je ne serais pas en psychiatrie. (Rires). Je ne sais pas pourquoi, mais je me sens très sûre. (intervenant 3)
Sentiment de sécurité	Puis c'est pour cela que c'est important aussi, on est deux préposés sur le plancher. Ce qui est plus insécurisant puis c'est plus un survol parfois qu'on a moins de temps, c'est quand on a beaucoup de choses à aller à l'extérieur... que ce soit aller chez le dentiste, aller à la pharmacie et tout cela. Quand il y a beaucoup de va-et-vient, c'est sûr que notre vigilance est comme diminuée parce qu'on regarde les gens comme plus rapidement, on est sollicité et ça va plus vite. (intervenant 4)
Sentiment de sécurité	On est, on a la chance, je dis la chance... quand même de ne pas être personnellement visé par le fait qu'il ait été mis... parce que c'est souvent plus les infirmières et les agents de sécurité sur le coup, mais c'est les infirmières qui appellent les agents. On entend très souvent comme quoi que tu sais... parfois c'est des menaces, c'est souvent des menaces envers les infirmières ou infirmiers puis à peine voilées et parfois pas voilées du tout, les menaces! (intervenant 4)
Sentiment de sécurité	Ça dépend, c'est comme les montagnes russes. Ça dépend de l'entrée de drogues, oui ou non. Ça dépend si ça fait 3 semaines que tout ce qui rentre sur l'unité, on le vérifie. C'est un peu le rôle de la police que je te parlais tantôt. Quand tu en as une quinzaine sur 24 qui consomment, c'est un peu plus dangereux. Généralement, ils sautent quand même pas si souvent que ça. De grosses crises, non, on se demande toujours quand. C'est ce qui fait qu'on anticipe. C'est ça qui fait qu'on a plus peur. (intervenant 5)
Sentiment de sécurité	Le sentiment de sécurité... Le monde qui est sur le plancher s'il arrive de quoi autour, il faut se fier que s'il arrive de quoi, ils soient assez vite pour soit sonner la cloche d'appel ou appeler. Le reste de la sécurité des fois, c'est naïeux, mais des fois on se sent plus en sécurité avec une certaine clientèle, des patients qui sont là et que tu sais que s'il arrive de quoi physiquement, une agression physique, ils seraient capables aussi de te défendre. (intervenant 6)

Extrait du tableau synthèse sur le code « Sentiment de sécurité »

SENTIMENT DE SÉCURITÉ		
Sous-thème	Éléments discutés (numéro de l'intervenant)	Exemple de verbatim (numéro de l'intervenant)
Éléments favorisant sentiment de sécurité	<ul style="list-style-type: none"> - relation de confiance avec gestionnaires, l'équipe, et les patients (3, 6, 8, 10) - être intégré dans les décisions d'équipe= sécurisant. (4) - bonne collaboration avec la sécurité. (5) - appréciation de l'équipe de sécurité. (7) - formation : Se sent assez formée, assez d'expérience (10) - communication : se sent en sécurité parce que personnel sensibilisé quand pt à risque et communique l'information, notes au dossier complètes, (10, 11, 14) - matériel (bouton panique) (11, 14) - ne pas se mettre dans une situation à risque (14) 	<p>« Le sentiment de sécurité... Le monde qui est sur le plancher s'il arrive de quoi autour, il faut se fier que s'il arrive de quoi, ils soient assez vite pour soit sonner la cloche d'appel ou appeler. Le reste de la sécurité des fois, c'est niaisieux, mais des fois on se sent plus en sécurité avec une certaine clientèle, des patients qui sont là et que tu sais que s'il arrive de quoi physiquement, une agression physique, ils seraient capables aussi de te défendre. » (6)</p>
Perception négative	<ul style="list-style-type: none"> - caractéristiques des patients : toxicomanie, imprévisibilité et impulsivité (5, 8) - environnement physique et matériel : le poste n'est pas sécuritaire (1), pas de bracelet d'alerte (1) - mauvaise communication avec la sécurité (1) ou réaction lente de leur part (2) - ratio de personnel : interventions plus précoces le soir (appeler agents) car moins de personnel (2, 8) - lourdeur des tâches : très sollicitée par patients et va-et-vient = diminue sa vigilance. Colère peu dirigée vers les PAB car ce ne sont pas eux qui prennent la décision d'IC (4) - manque de soutien des gestionnaires et coupures budgétaires (8, 9) - antécédent d'agression : crainte installée depuis. (9, 12) - dépend de : Nb de pts sur l'unité et si les inf sont présentes (lourdeur des tâches ou jugement) = augmente situations à risque (10) - Inf + à risque par leur proximité physique. - manque de formation : l'intervention en situation de crise (ergothérapeute) (13) - Caractéristique de l'intervenant : ne pas être égoïste et se montrer fort car peut mettre les autres en danger (14) 	<p>Quand tu en as une quinzaine sur 24 qui consomment, c'est un peu plus dangereux. (5)</p> <p>« C'est pour cela que c'est important aussi, on est deux préposés sur le plancher. Ce qui est plus insécurisant puis c'est plus un survol parfois qu'on a moins de temps, c'est quand on a beaucoup de choses à aller à l'extérieur... que ce soit aller chez le dentiste, aller à la pharmacie et tout cela. Quand il y a beaucoup de va-et-vient, c'est sûr que notre vigilance est comme diminuée parce qu'on regarde les gens comme plus rapidement, on est sollicité et ça va plus vite. (4)</p>
Perception positive	<ul style="list-style-type: none"> - sentiment général de sécurité (3) 	<p>« Je n'ai pas peur, sinon je ne serais pas en psychiatrie. Je ne sais pas pourquoi, mais je me sens très sécurisée. » (3)</p>

Annexe J : Certificat d'éthique et renouvellement



Le 11 mars 2014

Madame Marie-Hélène Goulet
Centre de recherche
de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Objet : Approbation finale du Comité d'éthique de la recherche

Projet n° 2013-042 - Retour post-isolement - Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.

Madame Goulet ,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, a passé en revue, en comité restreint, les documents suivants :

- Protocole de recherche [date :2014-03-04, version :2]
- Formulaire d'information et de consentement [date :2014-03-10, version :2]
- Feuillelet d'information (lettre de sollicitation) [date :2014-03-10, version :2]
- Questionnaire [date :2014-01-27, version :1]
- Document financier [date :2014-01-27, version :1]
- Lettre d'appui (P 2013-042_lettre appui chef unite_2014-02-18.pdf) [date :2014-02-18, version :1]
- Lettre d'appui (Goulet_approbation scientifique du projet de thèse.pdf)
- Budget [date :2014-01-28, version :1]
- Fichier (Goulet IRSC.pdf)

Le CÉR approuve les modifications qui ont été apportées aux documents mentionnés ci-dessus, tel que suggéré par le comité dans son Formulaire 20-1553 "Réponse aux recommandations".

J'ai le plaisir de vous informer que votre projet est approuvé par le Comité d'éthique de la recherche. La présente décision vaut pour une année à partir de la date de la présente lettre.

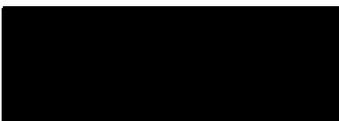
Au terme de ce délai, un rapport doit être soumis au comité d'éthique en guise de rapport final, si le projet est réalisé en moins d'un an ou en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Toute modification au protocole de recherche en cours, de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité d'éthique.

La suspension ou la cessation de votre projet, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité d'éthique dans les meilleurs délais.

En terminant, je tiens à vous informer que la présente décision a été rendue alors que le quorum était atteint.

Je vous prie d'agréer, madame Goulet , mes meilleures salutations.



Me Odette Beaudoin, présidente
Comité d'éthique de la recherche

/s/



Le 17 février 2015

Madame Marie-Hélène Goulet
Centre de recherche
de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Objet : Approbation d'un formulaire

Projet n° 2013-042 - *Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.*

Madame Goulet,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, en comité restreint, accuse réception du "Formulaire de renouvellement annuel de l'approbation éthique" (F9-2406) soumis le 16 février 2015.

Le CÉR approuve le suivi de projet de recherche et renouvelle le certificat d'éthique pour une période d'un an, soit du 11 mars 2015 au 11 mars 2016.

Je vous prie d'agréer, madame Goulet, mes meilleures salutations.



Me Odette Beaudoin, présidente
Comité d'éthique de la recherche

M

Annexe K : Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement :

Entretiens individuels avec le participant pré-intervention



Titre du projet de recherche : Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.

Responsables du projet de recherche : **Chercheurs principaux** : Marie-Hélène Goulet, PhD(c), étudiante à la Faculté des Sciences infirmières de Montréal et au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), Caroline Larue, PhD., chercheuse associée au CRIUSMM. **Collaborateurs** : Janique Beauchamp, infirmière spécialisée volet recherche IUSMM, Maryse Nadeau, infirmière chef IUSMM, Lucie Thibault, directrice des soins infirmiers IUSMM, Dr Alexandre Dumais, PhD., chercheur au CRIUSMM.

Introduction : Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez le temps nécessaire pour lire et comprendre tous les renseignements liés à cette recherche. Vous pouvez consulter vos proches et amis. Le formulaire d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable ou aux membres de son équipe. Les formulaires d'information et de consentement ont été approuvés par le comité d'éthique de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (IUSMM).

Description du projet de recherche : Le présent projet vise à développer, implanter et évaluer une intervention de retour sur l'isolement en milieu psychiatrique chez les patients et chez les infirmières. Ce projet vise à répondre aux questions suivantes : 1) Quel est le contexte

d'implantation du retour sur l'isolement? 2) Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'implantation du retour sur l'isolement selon les patients et les infirmières? 3) Quelle est la perception des patients de leur parcours d'IC après l'implantation du retour sur l'isolement? 4) Quelle est la perception des infirmières de la qualité et de la sécurité des soins après l'implantation du retour sur l'isolement? 5) L'implantation du retour sur l'isolement est-elle associée à une diminution de la prévalence et de la durée des épisodes d'isolement-contention?

Nature de votre participation : Si vous participez à l'étude, votre collaboration consistera à participer à un entretien individuel entre avril 2014 et juin 2014. Il s'agira d'une discussion d'une durée d'environ 30 minutes. Vous serez invité à discuter de votre expérience d'isolement et de contention. Les entretiens seront enregistrés pour ne rien perdre de vos propos et commentaires.

Risques : Le seul inconvénient de participer à cette étude est de prendre du temps pour participer à un entretien individuel et de susciter des émotions négatives en se remémorant des moments peut-être difficiles.

Avantages pouvant découler de la participation du sujet au projet de recherche : Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Liberté de participation et droit de retrait : La participation à ce projet est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer, vous pouvez également vous retirer du projet à n'importe quel moment et ce, sans conséquence pour vous, sur simple avis verbal et sans avoir à donner les raisons, en faisant connaître votre décision à l'un des chercheurs ou ses assistants.

Confidentialité : Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis et vous serez informé de leur nature. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces

renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche. À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par les autorités compétentes (agence gouvernementale, représentant de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, délégué du Comité d'éthique de la recherche). Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Conservations des données : Les données du projet seront conservées pour une période de sept années après la fin de l'étude, par la directrice de la thèse, dans une filière sous-clé de son bureau à l'unité 218 de l'IUSMM. Après quoi elles seront détruites.

Diffusion des résultats : Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui permettrait de vous identifier personnellement. Les résultats du projet de recherche pourront être publiés dans des revues médicales ou partagés avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques.

Compensation : Vous ne recevrez aucune compensation financière ou sous une autre forme pour votre participation à ce projet.

Personnes-ressources : Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez communiquer avec Marie-Hélène Goulet.

Pour toutes questions sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche : Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Secrétariat du comité d'éthique de la recherche
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
7401, rue Hochelaga
Unité 228 - 2e riel - bureau ri-228-93
Montréal (Québec) H1N 3M5
Téléphone : 514-251-4015, poste 2442

PARTIE CONSENTEMENT

Déclaration du participant

Titre du projet : Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.

Je, *le participant*, déclare avoir lu et compris le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs ou les représentants de l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du participant: _____

Signature: _____ Date _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

AUTORISATION À L'ENREGISTREMENT AUDIO

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche et j'ai compris également que l'entrevue à laquelle je vais participer sera enregistrée. Les chercheurs me garantissent que mes réponses ou commentaires seront traités dans la plus stricte confidentialité et que le résumé des échanges de l'entretien ne mentionnera aucun nom et ne révélera l'identité des participants. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements et que ceux-ci seront utilisés afin de permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs. J'ai eu l'occasion de poser les questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

Nom du participant: _____

Signature: _____ Date _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

PARTIE CONSENTEMENT

Déclaration du chercheur ou de son représentant

Titre du projet : Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.

Je certifie avoir expliqué à Madame, Monsieur _____ la nature du projet de recherche ainsi que le contenu du présent formulaire d'information et de consentement, avoir répondu à toutes ses questions et avoir indiqué qu'il ou elle est libre à tout moment de mettre un terme à leur participation. Je remettrai au participant une copie signée du présent formulaire de consentement.

Nom du chercheur ou de son représentant :

Signature: _____ Date _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

Formulaire d'information et de consentement :

Entretiens individuels avec l'intervenant



Titre du projet de recherche : Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.

Responsables du projet de recherche : **Chercheurs principaux** : Marie-Hélène Goulet, PhD(c), étudiante à la Faculté des Sciences infirmières de Montréal et au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), Caroline Larue, PhD., chercheuse associée au CRIUSMM. **Collaborateurs** : Janique Beauchamp, infirmière spécialisée volet recherche IUSMM, Maryse Nadeau, infirmière chef IUSMM, Lucie Thibault, directrice des soins infirmiers IUSMM, Dr Alexandre Dumais, PhD., chercheur au CRIUSMM.

Introduction : Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez le temps nécessaire pour lire et comprendre tous les renseignements liés à cette recherche. Vous pouvez consulter vos proches et amis. Le formulaire d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable ou aux membres de son équipe. Les formulaires d'information et de consentement ont été approuvés par le comité d'éthique de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (IUSMM).

Description du projet de recherche : Le présent projet vise à développer, implanter et évaluer une intervention de retour sur l'isolement en milieu psychiatrique chez les patients et chez les infirmières. Ce projet vise à répondre aux questions suivantes : 1) Quel est le contexte d'implantation du retour sur l'isolement? 2) Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'implantation du retour sur l'isolement selon les patients et les infirmières? 3) Quelle est la perception des patients de leur parcours d'IC après l'implantation du retour sur l'isolement? 4) Quelle est la perception des infirmières de la qualité et de la sécurité des soins après l'implantation du retour sur l'isolement? 5) L'implantation du retour sur l'isolement est-elle associée à une diminution de la prévalence et de la durée des épisodes d'isolement-contention?

Nature de votre participation : Si vous participez à l'étude, votre collaboration consistera à participer à un ou deux entretiens individuels entre avril 2014 et mars 2015. Il s'agira d'une discussion d'une durée d'environ 30 minutes. Vous serez invité à discuter sur votre expérience de travail en lien avec l'isolement et la contention. Les entretiens seront enregistrés pour ne rien perdre de vos propos et commentaires.

Risques : Le seul inconvénient de participer à cette étude est de prendre du temps pour participer à un entretien individuel et de susciter des émotions négatives en se remémorant des moments peut-être difficiles.

Avantages pouvant découler de la participation du sujet au projet de recherche : Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Liberté de participation et droit de retrait : La participation à ce projet est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer, vous pouvez également vous retirer du projet à n'importe quel moment et ce, sans conséquence pour vous, sur simple avis verbal et sans avoir à donner les raisons, en faisant connaître votre décision à l'un des chercheurs ou ses assistants.

Confidentialité : Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis et vous serez informé de leur nature. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche. À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par les autorités compétentes (agence gouvernementale, représentant de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, délégué du Comité d'éthique de la recherche). Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Conservations des données : Les données du projet seront conservées pour une période de sept années après la fin de l'étude, par la directrice de la thèse, dans une filière sous-clé de son bureau à l'unité 218 de l'IUSMM. Après quoi elles seront détruites.

Diffusion des résultats : Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui permettrait de vous identifier personnellement. Les résultats du projet de recherche pourront être publiés dans des revues médicales ou partagés avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques.

Compensation : Vous ne recevrez aucune compensation financière ou sous une autre forme pour votre participation à ce projet.

Personnes-ressources : Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez communiquer avec Marie-Hélène Goulet.

Pour toutes questions sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche : Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Secrétariat du comité d'éthique de la recherche
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
7401, rue Hochelaga
Unité 228 - 2e riel - bureau ri-228-93
Montréal (Québec) H1N 3M5
Téléphone : 514-251-4015, poste 2442

PARTIE CONSENTEMENT

Déclaration de l'intervenant

Titre du projet : Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.

Je, *le participant*, déclare avoir lu et compris le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs ou les représentants de l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du participant: _____

Signature: _____ Date _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

AUTORISATION À L'ENREGISTREMENT AUDIO

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche et j'ai compris également que l'entrevue à laquelle je vais participer sera enregistrée. Les chercheurs me garantissent que mes réponses ou commentaires seront traités dans la plus stricte confidentialité et que le résumé des échanges de l'entretien ne mentionnera aucun nom et ne révélera l'identité des participants. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements et que ceux-ci seront utilisés afin de permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs. J'ai eu l'occasion de poser les questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

Nom du participant: _____

Signature: _____ Date _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

PARTIE CONSENTEMENT

Déclaration du chercheur ou de son représentant

Titre du projet : Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.

Je certifie avoir expliqué à Madame, Monsieur _____ la nature du projet de recherche ainsi que le contenu du présent formulaire d'information et de consentement, avoir répondu à toutes ses questions et avoir indiqué qu'il ou elle est libre à tout moment de mettre un terme à leur participation. Je remettrai au participant une copie signée du présent formulaire de consentement.

Nom du chercheur ou de son représentant :

Signature: _____ Date _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

Formulaire d'information et de consentement : Entretiens individuels avec le participant – post-intervention



Titre du projet de recherche : Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.

Responsables du projet de recherche : **Chercheurs principaux** : Marie-Hélène Goulet, PhD(c), étudiante à la Faculté des Sciences infirmières de Montréal et au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), Caroline Larue, PhD., chercheuse associée au CRIUSMM. **Collaborateurs** : Janique Beauchamp, infirmière spécialisée volet recherche IUSMM, Maryse Nadeau, infirmière chef IUSMM, Lucie Thibault, directrice des soins infirmiers IUSMM, Dr Alexandre Dumais, PhD., chercheur au CRIUSMM.

Introduction : Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez le temps nécessaire pour lire et comprendre tous les renseignements liés à cette recherche. Vous pouvez consulter vos proches et amis. Le formulaire d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable ou aux membres de son équipe. Les formulaires d'information et de consentement ont été approuvés par le comité d'éthique de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (IUSMM).

Description du projet de recherche : Le présent projet vise à développer, implanter et évaluer une intervention de retour sur l'isolement en milieu psychiatrique chez les patients et chez les infirmières. Ce projet vise à répondre aux questions suivantes : 1) Quel est le contexte

d'implantation du retour sur l'isolement? 2) Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'implantation du retour sur l'isolement selon les patients et les infirmières? 3) Quelle est la perception des patients de leur parcours d'IC après l'implantation du retour sur l'isolement? 4) Quelle est la perception des infirmières de la qualité et de la sécurité des soins après l'implantation du retour sur l'isolement? 5) L'implantation du retour sur l'isolement est-elle associée à une diminution de la prévalence et de la durée des épisodes d'isolement-contention?

Nature de votre participation : Si vous participez à l'étude, votre collaboration consistera à participer à un entretien individuel entre octobre 2014 et mars 2015. Il s'agira d'une discussion d'une durée d'environ 30 minutes. Vous serez invité à discuter de votre expérience d'isolement et de contention. Les entretiens seront enregistrés pour ne rien perdre de vos propos et commentaires.

Risques : Le seul inconvénient de participer à cette étude est de prendre du temps pour participer à un entretien individuel et de susciter des émotions négatives en se remémorant des moments peut-être difficiles.

Avantages pouvant découler de la participation du sujet au projet de recherche : Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Liberté de participation et droit de retrait : La participation à ce projet est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer, vous pouvez également vous retirer du projet à n'importe quel moment et ce, sans conséquence pour vous, sur simple avis verbal et sans avoir à donner les raisons, en faisant connaître votre décision à l'un des chercheurs ou ses assistants.

Confidentialité : Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis et vous serez informé de leur nature. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces

renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche. À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par les autorités compétentes (agence gouvernementale, représentant de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, délégué du Comité d'éthique de la recherche). Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Conservations des données : Les données du projet seront conservées pour une période de sept années après la fin de l'étude, par la directrice de la thèse, dans une filière sous-clé de son bureau à l'unité 218 de l'IUSMM. Après quoi elles seront détruites.

Diffusion des résultats : Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui permettrait de vous identifier personnellement. Les résultats du projet de recherche pourront être publiés dans des revues médicales ou partagés avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques.

Compensation : Vous ne recevrez aucune compensation financière ou sous une autre forme pour votre participation à ce projet.

Personnes-ressources : Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez communiquer avec Marie-Hélène Goulet.

Pour toutes questions sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche : Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Secrétariat du comité d'éthique de la recherche
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
7401, rue Hochelaga
Unité 228 - 2e riel - bureau ri-228-93
Montréal (Québec) H1N 3M5
Téléphone : 514-251-4015, poste 2442

PARTIE CONSENTEMENT

Déclaration du participant

Titre du projet : Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.

Je, *le participant*, déclare avoir lu et compris le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs ou les représentants de l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du participant: _____

Signature: _____ Date _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

AUTORISATION À L'ENREGISTREMENT AUDIO

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche et j'ai compris également que l'entrevue à laquelle je vais participer sera enregistrée. Les chercheurs me garantissent que mes réponses ou commentaires seront traités dans la plus stricte confidentialité et que le résumé des échanges de l'entretien ne mentionnera aucun nom et ne révélera l'identité des participants. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements et que ceux-ci seront utilisés afin de permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs. J'ai eu l'occasion de poser les questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

Nom du participant: _____

Signature: _____ Date _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

PARTIE CONSENTEMENT

Déclaration du chercheur ou de son représentant

Titre du projet : Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus.

Je certifie avoir expliqué à Madame, Monsieur _____ la nature du projet de recherche ainsi que le contenu du présent formulaire d'information et de consentement, avoir répondu à toutes ses questions et avoir indiqué qu'il ou elle est libre à tout moment de mettre un terme à leur participation. Je remettrai au participant une copie signée du présent formulaire de consentement.

Nom du chercheur ou de son représentant :

Signature: _____ Date _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

Annexe L : Preuve de soumission du troisième article

Répondre Répondre à tous Transférer 



Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing - Manuscript ID JPM-16-0143

onbehalfof+jpmhnEdOffice+wiley.com@manuscriptcentral.com de la part de jpmhnEdOffice@wiley...

À : Goulet Marie-Helene

mardi 17 mai 2016 07:42

17-May-2016

Dear Miss Goulet:

Your manuscript entitled "A case study: practices surrounding the use of seclusion and restraint in acute psychiatric care" has been successfully submitted online and is presently under consideration for publication in the Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.

Your manuscript ID is JPM-16-0143.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/jpm> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/jpm>.

Thank you for submitting your manuscript to the Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.

Sincerely,
Prof. Lawrence Elliott, Editor
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

Annexe M : Preuve de soumission du quatrième article

Manuscript ID IJMHN-2016-182 - International Journal of Mental Health Nursing

onbehalfof+ijmhn.eo+wiley.com@manuscriptcentral.com de la part de ijmhn.eo@wiley...

À : Goulet Marie-Helene; Larue Caroline

Cc : Goulet Marie-Helene; Larue Caroline

lundi 13 juin 2016 17:11

13-Jun-2016

Dear Miss Goulet:

Your manuscript entitled "Post-seclusion and/or restraint review with patients and staff in mental health: development, implementation, and evaluation" by Goulet, Marie-Hélène; Larue, Caroline, has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the International Journal of Mental Health Nursing.

Co-authors: Please contact the Editorial Office as soon as possible if you disagree with being listed as a co-author for this manuscript.

Your manuscript ID is IJMHN-2016-182.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/ijmhn> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/ijmhn>.

Thank you for submitting your manuscript to the International Journal of Mental Health Nursing.

Sincerely,

International Journal of Mental Health Nursing Editorial Office

Annexe N : Guides du REPI avec le patient et en équipe

Retour post-isolement avec le patient

Objectif: Le retour post-isolement est une intervention qui a pour but de revenir avec le patient sur son expérience d'isolement ou de contention afin qu'il puisse s'exprimer librement et qu'il collabore à l'ajustement de son plan de traitement.

Quand : 24 à 48h après la fin de la mise en isolement avec ou sans contention

Par qui : Par l'intervenant identifié lors du rapport.

Thèmes à aborder avec le patient	Date et commentaires
1. Discussion sur le retour	
2. Déclencheurs	
3. Sentiments pendant l'isolement	
4. Éléments difficiles pendant l'isolement	
5. Éléments aidant pendant l'isolement	
6. Perception d'intimité et de dignité	
7. Sentiments après l'isolement	
8. Éléments difficiles après l'isolement	
9. Éléments aidant après l'isolement	
10. Reprise du rythme de l'unité	
11. Faire autrement, équipe traitante	
12. Faire autrement, patient	
13. Autres sujets soulevés : _____	

Le retour doit être offert une autre fois si le patient choisit de ne pas en discuter initialement.

L'infirmière doit signer et dater le formulaire si le patient choisit de ne pas commenter.

Suivi : cocher toutes les actions de suivi qui ont été entreprises

Ajustement du PTI

Révision du PSTI

Discussion en équipe multidisciplinaire

La famille a été sollicitée

Comité des usagers

Autre : _____

Proposition de questions avec le patient¹⁰

Amorce: Il est regrettable que l'isolement ou la contention vous soit arrivé. Vos idées et suggestions sont importantes pour trouver des solutions pour prévenir l'isolement et la contention.

1. a) Pouvez-vous me décrire ce qui est arrivé?
b) Pouvez-vous me décrire ce qui a mené à *l'isolement**?
2. Comment vous êtes-vous senti durant l'isolement ?
3. a) Y a-t-il quelque chose que vous avez trouvé difficile durant l'événement?
b) Y a-t-il quelque chose que vous avez trouvé aidant durant l'événement?
4. Pendant que vous étiez en isolement, y a-t-il quelque chose que l'équipe traitante aurait pu faire pour vous aider?
5. Comment votre intimité et votre dignité ont-elles été respectées durant l'isolement?
6. Comment vous êtes-vous senti après l'isolement?
7. a) Y a-t-il quelque chose que vous avez trouvé difficile après l'isolement?
b) Y a-t-il quelque chose que vous avez trouvé aidant après l'isolement?
8. Avez-vous eu de la difficulté à reprendre le rythme de l'unité? (Si oui, pourquoi?)
9. a) Que pourriez-vous faire différemment quand vous perdez la maîtrise de vos émotions et comportements pour prévenir un tel événement?
b) Qu'est-ce que le personnel pourrait faire différemment pour vous aider quand vous perdez la maîtrise de vos émotions et comportements?
10. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez me parler?

** Pour alléger le texte, l'expression « isolement » a été choisie pour toutes les questions, mais l'intervenant est encouragé à reprendre les termes de la personne.*

¹⁰ © Goulet, M.H., Larue, C. (2015)

Traduit et adapté *Thames Valley University (TVU) Post-Incident Review – A framework for Practice* de G. Bonner (2008) et du Commonwealth of Massachusetts, Department of Mental Health

Retour post-isolement avec l'équipe¹¹

Objectif: Améliorer la qualité des soins entourant un épisode d'isolement avec ou sans contention (IC) par l'apprentissage obtenu d'une analyse rigoureuse de l'événement.

Quand: Un à plusieurs jours après l'IC.

Qui: En présence des personnes présentes lors de l'IC et des personnes concernées.

Quoi: Sous forme de discussion, aborder les questions proposées ci-dessous pour amorcer une réflexion individuelle et en équipe.

Contexte: Le retour se déroule dans le respect où chacun est libre de parler ouvertement sans crainte d'être jugé. On ne cherche pas un responsable mais à mieux comprendre la situation.

Étape 1: L'environnement.

- 1) Comment l'environnement était-il ?
- 2) Est-ce que la personne connaissait l'unité et ses règles ?
- 3) Est-ce que la personne a été témoin d'un IC ou d'un autre événement troublant?
- 4) Savons-nous si la personne avait déjà été en IC avant?
- 5) Est-ce qu'un membre de l'équipe a développé une relation de confiance avec la personne?
- 6) Connaissions-nous la personne assez bien pour identifier ses déclencheurs personnels?
- 7) Le comportement de la personne a-t-il changé pendant le quart de travail ou plus tôt?
- 8) Est-ce que quelqu'un de l'équipe a parlé à la personne avant l'incident?

Étape 2: Les déclencheurs du conflit.

- 1) Quels ont été les déclencheurs pour le comportement agressif ou dangereux de la personne?
 - Est-ce qu'elle a reçu une nouvelle du psychiatre (ex : sous TAQ), appel téléphonique, une visite (ou son absence) qui pourrait avoir causé l'escalade?
 - Est-ce qu'elle s'inquiétait de quelque chose ?
 - Est-ce qu'elle avait indiqué qu'elle avait besoin d'aide ou d'attention ?
 - Est-ce qu'elle voulait quelque chose avant que l'incident se produise?
 - Est-ce qu'elle a dû attendre un temps excessif pour quelque chose qu'elle voulait?
 - Est-ce qu'elle présentait des signes d'intoxication (drogue ou alcool)?
 - Est-ce qu'elle avait reçu une médication au besoin ?

¹¹ © Goulet, M.H., Larue, C. (2015)

Traduit et adapté de *Example of Debriefing Policies and Procedures* (Huckshorn, 2005)

Étape 3: Identification précoce du changement de comportement.

- 1) Quand a-t-on répondu au changement de comportement?
- 2) Y a-t-il eu des signes ou avertissements que la personne était contrariée?
- 3) Quels ont été les premiers signes verbaux et non-verbaux?

Étape 4: Interventions tentées avant la mise en IC.

- 1) Quelle intervention a été tentée en premier et pourquoi?
- 2) Est-ce que l'intervention a été retardée pour une raison quelconque?
- 3) Comment la personne a-t-elle répondu à l'intervention?
- 4) Est-ce que l'équipe était disposée à intervenir à ce moment?
- 5) Qu'est-ce qui aurait pu être tenté mais qui ne l'a pas été, pourquoi?

Étape 5: Motif exact de la mise en IC.

- 1) Quel est le comportement exact qui a justifié l'IC ?
- 2) La personne a-t-elle atteint le seuil de danger imminent (*qu'est-ce qui serait arrivé s'il n'y avait pas eu d'IC ?*)
- 3) Pourquoi cette décision a-t-elle été prise ?

Étape 6: Application du protocole.

- 1) Le protocole IC et les principes Oméga ont-ils été respectés?

Étape 7: La durée de l'IC.

- 1) Quels ont été les critères pour cesser la mesure de contrôle et étaient-ils appropriés ?
- 2) La personne aurait-elle pu sortir d'IC plus tôt?

Étape 8: Apprentissage en lien avec le plan de traitement et avec la pratique.

- 1) Que retenons-nous de cet épisode ?
 - En lien avec le plan de traitement de la personne.
(*Inscrire au PTI et au PSTI s'il y a lieu*)
 - En lien avec notre pratique.

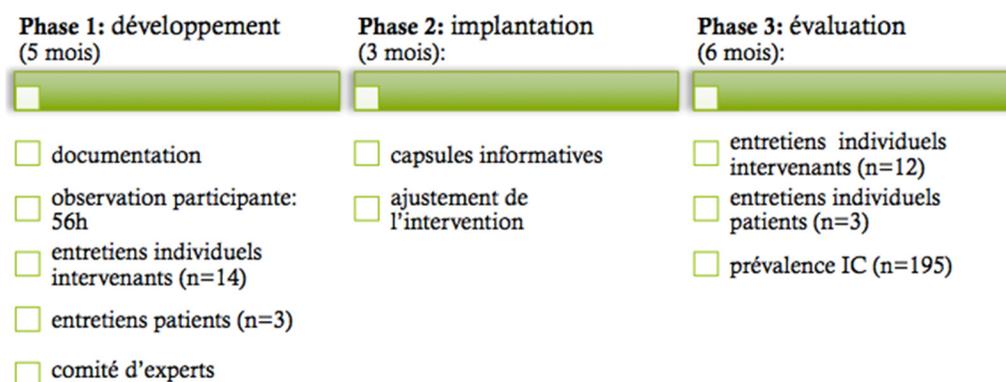
Annexe O : Sommaire exécutif

Retour post-isolement en milieu psychiatrique: développement, implantation et évaluation

Contexte. Au Québec, l'isolement avec ou sans contention (IC) en milieu psychiatrique touche près d'un patient sur quatre (Dumais et al., 2011). Il est pourtant largement documenté que cette pratique porte préjudice aux patients, aux infirmières et à l'organisation (Stewart et al., 2010). Les guides des meilleures pratiques en gestion des comportements agressifs proposent un retour post-isolement (REPI) comme intervention afin de gérer les conséquences de l'IC et d'en diminuer l'incidence. Cette intervention Le REPI vise l'échange émotionnel, l'analyse des étapes ayant mené à la prise de décision d'IC et la projection des interventions futures.

Questions de recherche

- 1) Quel est le contexte d'implantation du REPI?
- 2) Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'implantation du REPI selon les patients et les intervenants?
- 3) Quelle est la perception des patients et des intervenants des modalités et retombées du REPI?
- 4) L'implantation du REPI est-elle associée à une diminution de la prévalence et de la durée de l'IC?



Méthodes. Il s'agit d'une étude de cas instrumental (Stake, 1995) avec une approche participative. Le cas était celui¹² de l'unité de soins psychiatriques spécialisée en premiers épisodes psychotiques où a été implanté le REPI.

Le développement du REPI a d'abord fait l'objet d'une documentation du contexte par une immersion dans le milieu ($n=56$ heures) et des entretiens individuels ($n=3$ patients, $n=14$ intervenants). Un comité d'experts (étudiante-chercheuse, six infirmières du milieu et un patient partenaire) a développé l'intervention qui comporte deux volets : avec le patient et en équipe. Les retombées ont été évaluées par des entretiens individuels ($n= 3$ patients, $n= 12$ intervenants) et l'examen de la prévalence et de la durée des IC pré et post intervention via une analyse thématique et des tests statistiques.

REPI avec le patient: discussion avec le patient 24 à 48h après l'IC, par la personne identifiée au rapport. Thèmes abordés : déclencheurs, émotions, éléments difficiles et facilitants, dignité, retour sur l'unité, comment faire autrement.

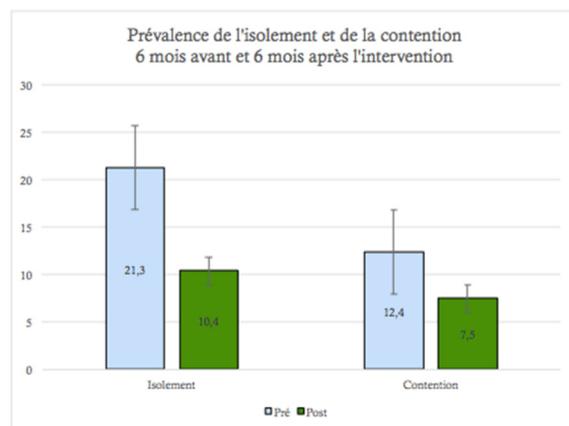
REPI en équipe: analyse un à plusieurs jours après l'IC avec les intervenants témoins de l'IC et personnes concernées. Thèmes abordés : environnement, déclencheurs, identification du comportement, mesures de remplacement, motif, protocole, durée, apprentissage.

Résultats

Les résultats proposent que le contexte d'implantation est défini par une volonté partagée d'utiliser l'IC comme mesure ultime et de recourir à des mesures alternatives. Les participants ont exprimé le besoin de créer des opportunités pour une communication authentique qui pourrait avoir lieu lors du REPI, bien que sa pratique soit variable d'un intervenant à un autre.

Les résultats suggèrent que le principal élément ayant facilité l'implantation du REPI est l'approche participative, alors que les obstacles rencontrés relèvent surtout de la complexité de la mise en œuvre du volet en équipe. Lors du REPI avec le patient, les infirmières ont pu explorer ses sentiments et son point de vue, ce qui a favorisé la reconstruction de la relation thérapeutique. Quant au REPI avec l'équipe de soins, il a été perçu comme une opportunité d'apprentissage, ce qui a permis d'ajuster le plan d'intervention des patients.

Les résultats ont d'ailleurs montré une réduction significative de l'utilisation de l'isolement et du temps passé en isolement, ce qui n'a toutefois pas été observé pour l'utilisation de la contention.



Conclusions

Les résultats de cette étude soulignent la possibilité d'outrepasser le malaise initial perçu tant par le patient que par l'infirmière en systématisant le REPI. De plus, l'accent est mis sur le besoin d'une présence authentique pour atteindre un partage significatif dans la relation thérapeutique, ce qui est la pierre d'assise de la pratique infirmière en santé mentale. L'étude propose aussi de penser le REPI en comme un continuum de soins où trois moments sont cruciaux avec le patient : lors de sa sortie d'IC, lorsqu'il a assez de recul pour faire un REPI formel et en préparation de son congé d'hospitalisation.

