

Université de Montréal

Les facteurs environnementaux associés à la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle
chez les patients atteints de troubles mentaux : une revue de la portée

Par

Samira Nabil

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.) en sciences
infirmières, option expertise-conseil

29 mai 2023

© Samira Nabil, 2023

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé

**Les facteurs environnementaux associés à la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle
chez les patients atteints de troubles mentaux : une revue de la portée**

Présenté par

Samira Nabil

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Christine Genest

Président-rapporteur

Marie-Hélène Goulet

Directrice de recherche

Etienne Paradis-Gagné

Membre du jury

Résumé

L'utilisation des mesures de contrôle pour la gestion des comportements violents constitue une préoccupation majeure pour les infirmières qui pratiquent dans les unités de soins de santé mentale adulte. Le recours à ces mesures engendre des conséquences physiques et des traumatismes psychologiques chez les patients et tout le personnel soignant. Par conséquent, la prévention et la réduction de leur utilisation deviennent une priorité. De par l'aspect multifactoriel de cette problématique, la connaissance des facteurs qui influencent l'utilisation de ces mesures est primordiale pour cibler les interventions qui permettent de les prévenir ou les réduire. Les facteurs liés aux caractéristiques cliniques des patients et au personnel soignant sont bien décrits dans la littérature. Toutefois, les facteurs liés à l'environnement du patient ne sont pas attribués à l'ensemble des dimensions qui le constituent. Ceci est dû à la rareté des modèles conceptuels qui donnent une représentation structurée et globale de cet environnement. L'absence de cette représentation laisse les facteurs associés à l'environnement circonscrits seulement dans sa dimension physique, alors que d'autres facteurs liés à ses autres dimensions sont rapportés dans la littérature sans être définis comme des facteurs environnementaux. Le but de cette revue de la portée a donc été d'explorer l'étendue des connaissances et d'identifier les facteurs de l'environnement qui sont associés à l'utilisation des mesures de contrôle chez les patients atteints de troubles mentaux. Afin d'intégrer une représentation globale de l'environnement, le cadre de référence du modèle de l'environnement thérapeutique optimal a été retenu (*Optimal healing environment, ETO*) (Jonas et al. , 2014). Les étapes de la revue de la portée selon Peters et al. (2020) ont été suivies, ce qui a donné lieu à l'inclusion de 35 écrits. L'analyse thématique des données extraites a permis d'identifier deux dimensions, à savoir l'environnement interpersonnel et l'environnement externe du patient. L'environnement interpersonnel décrit le développement et le maintien d'une relation thérapeutique à travers l'amélioration des compétences de communication du personnel soignant, l'utilisation des stratégies de prévention de crise d'agressivité, l'implication du patient, le retour post-événement d'isolement et/ou contention et le sentiment d'appartenance à la communauté de l'unité de soins. Il décrit également la création d'organisations thérapeutiques

via l'exercice du leadership organisationnel, les initiatives d'améliorations de l'organisation des soins, et la gestion des ressources humaines et technologiques. Pour sa part, l'environnement externe décrit la conception architecturale et le design intérieur des unités de soins où le patient est hospitalisé. Finalement, on pourrait conclure que des trois dimensions de l'ETO qui ont été incluses dans ce travail, les dimensions de l'environnement interpersonnel et l'environnement externe sont les plus représentées dans la littérature des cinq dernières années. De plus, les interventions de prévention de crise d'agressivité et le leadership organisationnel se sont montrés des facteurs clés d'un environnement thérapeutique favorisant la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.

Mots clés : revue de la portée, Isolement, contention chimique, contention mécanique, environnement, environnement thérapeutique optimal, santé mentale, milieu hospitalier, patients adultes.

Abstract

The use of coercive measures (seclusion and restraints) to manage violent behaviors is a major preoccupation for adult mental health nurses. The use of these measures results in physical consequences and psychological trauma for patients and all caregivers. Therefore, prevention and reduction of their use becomes a priority. Due to the multifactorial aspect of this problem, understanding of the factors influencing this measures use is essential in order to target interventions to reduce them. Factors related to the clinical characteristics of patients and caregivers are well described in the literature. However, factors related to the patient's environment are not attributed to all of its dimensions. This is due to the scarcity of conceptual models that provide a structured, global representation of this environment. The absence of such a representation leaves the factors associated with the environment circumscribed only within its physical dimension, while other factors related to its other dimensions are reported in the literature without being defined as environmental factors. The aim of this scope review was therefore to explore the extent of knowledge and identify the environmental factors associated with reduced use of coercive measures in patients with mental disorders. In order to incorporate a holistic representation of the environment, the framework of the Optimal healing environment (ETO) model was selected (Jonas et al., 2014). The scope review steps according to Peters et al. (2020) were followed, resulting in the inclusion of 35 literatures. Thematic analysis of the extracted data identified two dimensions, namely the patient's interpersonal environment and external environment. The interpersonal environment describes the development and maintenance of a therapeutic relationship through the improvement of caregivers' communication skills, the use of aggressive crisis prevention strategies, patient involvement, the post-event return from isolation and/or restraint, and the sense of belonging to the care community. It also describes the creation of therapeutic organizations through the exercise of organizational leadership, initiatives to improve the organization of care, and the management of human and technological resources. For its part, the external environment describes the architectural and interior design of the care units where the patient is hospitalized. Finally, we

may conclude that of the ETO three dimensions included in this work, interpersonal environment and external environment are the most represented in the literature of the last five years. In addition, aggression crisis prevention interventions and organizational leadership have been shown to be key factors in a therapeutic environment conducive to reducing the use of coercive measures.

Keywords: Scoping review, Seclusion, chemical restraint, mechanical restraint, environment, optimal healing environment, mental health, hospital setting, adult inpatients.

Table des matières

Résumé	3
Abstract.....	5
Table des matières.....	7
Liste des tableaux	10
Liste des figures	11
Liste des sigles et abréviations.....	12
Remerciements.....	14
Chapitre 1 – Problématique.....	15
1.1 But de l'étude	20
1.2 Objectifs de l'étude.....	20
Chapitre 2 – Recension des écrits	21
2.1 Les mesures de contrôle en santé mentale	21
2.1.1 Cadre légal de l'utilisation des mesures de contrôle	21
2.1.2 Prévalence des mesures de contrôle	22
2.1.3 Utilisation clinique et conséquences des mesures de contrôle	23
2.1.4 Facteurs associés à l'utilisation des mesures de contrôle	24
2.2 L'environnement d'hospitalisation en santé mentale	27
2.2.1 L'environnement : concept central de la discipline infirmière	27
2.2.2 La conceptualisation et la structure de l'environnement	28
2.3 Choix du cadre de référence de l'étude.....	29
2.4 L'environnement thérapeutique optimal	30
2.4.1 Dimensions de l'environnement thérapeutique optimal.....	32

2.4.1.1 L'environnement interne	32
2.4.1.2 L'environnement interpersonnel	33
2.4.1.3 L'environnement comportemental.....	33
2.4.1.4 L'environnement externe	34
Chapitre 3 – Méthode.....	36
3.1. Étape 1 : définition du but et des objectifs de l'étude.....	37
3.2 Étape 2 : définition des critères d'éligibilité des études et des bases de données.....	37
3.3 Étape 3 : recherche des écrits.....	39
3.4 Étape 4 : sélection des écrits.....	39
3.5 Étape 5 : extraction des données.....	41
3.6 Étape 6 : analyse des données et synthèse des résultats	42
3.7 Étape 6 : Présentation des résultats	43
3.8 Considérations éthiques	43
Chapitre 4 – Résultats.....	44
4.1 Résultats du processus de recherche et de sélection des écrits.....	44
4.2 Résultats de l'analyse thématique	44
4.2.1 Environnement interpersonnel.....	47
4.2.1.1 Développement et maintien de la relation thérapeutique.....	47
4.2.1.2 Création d'organisations thérapeutiques	52
4.2.2 Environnement externe	57
4.2.2.1 Conception architecturale des unités de soins	57
4.2.2.2 Design intérieur des unités de soins	59
4.3 Identification des facteurs réduisant l'utilisation des mesures de contrôle.....	61
Chapitre 5 – Discussion.....	63

5.1 Discussion des principaux résultats	63
5.1.1 Résultats relatifs au développement et au maintien d'une relation thérapeutique ...	63
5.1.2 Résultats relatifs à la création des organisations thérapeutiques	68
5.1.3 Résultats relatifs à la création des espaces thérapeutiques	72
5.2 Réflexion sur le cadre de référence de l'étude	75
5.3 Forces de l'étude.....	78
5.4 Limites de l'étude.....	78
5.5 Retombées pour la discipline infirmière	79
Conclusion.....	81
Références bibliographiques	82
Annexes	94
Annexe A : Liste de contrôle PRISMA-ScR (tiré de Tricco et al. (2018))	94
Annexe B : Stratégie de recherche des écrits	95
Annexe C : Canevas de la grille d'extraction des données à partir des écrits inclus dans la revue de la portée.....	98
Annexe D : Exemple d'exercice de codage	99
Annexe E : Tableau résumé des résultats des écrits inclus.....	100

Liste des tableaux

Tableau 1. – Critères d’inclusion et d’exclusion des écrits	38
Tableau 2. – Principaux liens entre les différents sous-thèmes de l’environnement interpersonnel et externe.....	62

Liste des figures

Figure 1. – Dimensions et concepts de l'environnement thérapeutique optimal (traduction libre de Jonas et al. (2014)).....	31
Figure 2. – Processus de sélection des écrits.....	41
Figure 3. – Thèmes de l'environnement interpersonnel et de l'environnement externe associés à une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.....	46

Liste des sigles et abréviations

MC : mesures de contrôle

UMC : utilisation des mesures de contrôle

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

ETO : environnement thérapeutique optimal

À :

Mes deux filles et mon mari,

Pour leur soutien et leur patience durant toutes ces années

Remerciements

En tout début, je tiens à exprimer ma reconnaissance et mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin au bon déroulement de ce travail de maîtrise.

Je tiens à remercier tout particulièrement, la Professeure Marie-Hélène Goulet, ma directrice de recherche, pour sa rigueur, sa disponibilité et son soutien tout au long de mon parcours atypique de maîtrise. Ses commentaires et ses conseils ont su inspirer ma persévérance pour mener ce travail à terme.

Je remercie également mes collègues, les membres étudiants de l'équipe de recherche de Mme Goulet, pour leur soutien, leurs riches discussions qui ont grandement contribué à l'atteinte de mes objectifs.

Mes sincères gratitude vont aux membres du jury, la Professeure Christine Genest et au Professeur Etienne Paradis-Gagné d'avoir accepté de se rendre disponible pour évaluer mon protocole de recherche et mon mémoire.

Chapitre 1 – Problématique

Au Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2011) a montré que près du quart des personnes admises à l'hôpital et qui ont occupé un lit réservé aux soins de santé mentale en Ontario (24 %) ont été soumises à au moins un type d'intervention de contrôle au cours de leur hospitalisation. Une prévalence similaire a été rapportée par Dumais et al. (2011) dont l'étude a révélé qu'environ un patient sur quatre a subi au moins un épisode d'isolement durant son admission dans un hôpital de santé mentale au Québec. Malgré que cette dernière donnée date de 2011, elle demeure la seule prévalence disponible au Québec actuellement.

Le recours aux mesures de contrôle telles l'isolement et les contentions chimiques, mécaniques et physiques en santé mentale constitue une préoccupation infirmière pour deux principales raisons. La première est le rôle clé que l'infirmière joue dans cette pratique comme professionnelle habilitée par la loi à décider d'initier ces mesures selon son jugement clinique (Gouvernement du Québec, 2015). Dans le modèle de soins et services utilisé au Québec, elle représente le leader clinique de l'équipe de soins au chevet du patient et se trouve à être la professionnelle qui prend le plus souvent cette décision. La seconde est la dichotomie dans son rôle où, d'une part, elle a recours aux mesures de contrôle, ce qui porte atteinte aux droits des personnes souffrantes de troubles mentaux, et d'autre part, elle doit jouer un rôle d'*advocacy* et soutenir l'autonomie et l'autodétermination de ces personnes vulnérables.

La coercition en santé mentale peut être définie comme une pratique sociale et culturelle visant à mitiger le risque représenté par une personne envers elle-même ou autrui en lui imposant formellement ou informellement des contraintes ou traitements qui seraient autrement refusés (Pariseau-Legault et al. , 2020). Parmi les formes de la coercition, on trouve la coercition formelle qui réfère aux mesures d'exception légalement autorisées, documentées au dossier et qui limitent l'autonomie et la liberté de l'utilisateur (García-Cabeza et al. , 2017; Szmukler et Appelbaum, 2009). Elle réfère généralement à l'hospitalisation et le traitement involontaires, à l'isolement et aux contentions (García-Cabeza et al., 2017).

L'isolement est généralement défini par le confinement de l'utilisateur dans une chambre fermée, sans meubles et disposant d'une petite fenêtre d'observation dans la porte ou tout simplement par son confinement dans un espace clos (Chandler, 2012; Sashidharan et al. , 2019). Selon le cadre de référence d'encadrement des mesures de contrôle établi par le Ministère de la santé et services sociaux du Québec (MSSS) (Gouvernement du Québec, 2015, p. 9), l'isolement est défini 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. »

Les contentions peuvent être mécaniques (par ex., des ceintures et des attaches d'immobilisation de l'utilisateur), physiques (par ex., l'exercice d'une force humaine pour empêcher les mouvements), ou encore chimiques (par ex., l'usage forcé de médicaments contre l'agitation et l'agressivité) (Paradis-Gagné et al. , 2021). Le cadre de référence du MSSS définit 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. » (Gouvernement du Québec, 2015). Il définit également l'utilisation de substances chimiques comme mesure de contrôle lorsque celle-ci vise à « à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament. »

Au Québec, l'absence de registre provincial de documentation de l'utilisation des mesures de contrôle rend la recherche de données actualisées de prévalence infructueuse et compromet la connaissance de l'ampleur de ces pratiques avec exactitude. À notre connaissance, la donnée la plus récente dont on dispose est celle d'une étude réalisée dans un hôpital psychiatrique spécialisé et qui a montré que sur 2721 patients admis entre avril 2007 et mars 2009, 23,2% ont vécu au moins un épisode d'isolement et 17,5% ont vécu un épisode d'isolement avec contention (Dumais et al., 2011). En Ontario, on rapporte que les patients hospitalisés en psychiatrie dans les hôpitaux généraux étaient 76 % plus susceptibles d'être soumis à une mesure de contrôle que les patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques (ICIS, 2011). En Suisse, une étude a montré que 28% des patients admis contre leur gré à un hôpital psychiatrique ont subi des contentions mécaniques, chimiques ou de l'isolement (Hotzy et al. , 2018). À l'échelle internationale, une grande variabilité a été notée dans la prévalence de l'utilisation de ces mesures. Elle peut être expliquée en partie par des variations dans la législation, les systèmes de santé, et le manque de

clarté des définitions et des procédures de transcription de l'usage des mesures de contrôle (Beames et Onwumere, 2022). Cependant, une autre grande partie de cette variabilité est due à d'autres facteurs existants qui influencent la pratique coercitive et qui peuvent être associés aux caractéristiques des patients, du personnel soignant ou de l'environnement de soins (Beames et Onwumere, 2022; Chieze et al. , 2019).

Malgré les difficultés d'accès à des données qui dresseraient un portrait global et précis sur l'utilisation des mesures de contrôle, le peu de données existantes, mais inquiétantes vis-à-vis du respect des droits des patients, incite les différentes parties prenantes touchées par cette pratique à vouloir s'assurer de la validité thérapeutique de son usage. Ainsi, des revues systématiques ont montré que les preuves sont insuffisantes pour déterminer si ces mesures sont des interventions sécuritaires et efficaces pour la gestion à court terme des comportements agressifs dans les établissements psychiatriques pour adultes (Chieze et al., 2019; Muralidharan et Fenton, 2006; Nelstrop et al. , 2006). Outre l'absence de preuve d'efficacité thérapeutique de ces mesures, divers écrits ont rapporté que leur usage n'est pas sécuritaire puisqu'elles entraînent des conséquences physiques et psychologiques chez les patients et le personnel soignant (Beghi et al. , 2013; Chieze et al., 2019; Corneau, 2017). Les conséquences néfastes de l'utilisation des mesures de contrôle perdurent dans le temps et mènent les patients à se désengager des soins et perdre la confiance au personnel soignant, ce qui brise la relation thérapeutique (Chieze et al., 2019). Au niveau organisationnel, l'utilisation des mesures de contrôle a été associée à des coûts médicaux plus élevés et comporte des risques juridiques importants pour les hôpitaux, y compris des litiges et des poursuites pénales (Hellerstein et al. , 2007).

Le débat éthique sur la pertinence clinique et la cohérence avec l'éthique professionnelle de l'utilisation des mesures de contrôle ne date pas d'hier (Muir-Cochrane et al. , 2020). Ce débat est alimenté, entre autres, par la divergence entre les préoccupations sur le respect des droits de la personne et celles concernant la gestion des risques de lésions chez le patient lui-même ou autrui (Muir-Cochrane et al., 2020; Newton-Howes et al. , 2020). Ces tensions se sont accentuées avec la reconnaissance de la violation des droits des patients en contexte d'usage des mesures de contrôle dans la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées,

approuvée par certains pays comme le Canada, le Japon, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et les États-Unis qui l'ont signée depuis 2010, mais ne l'ont pas encore appliquée (Gouvernement du Canada, 2020; Newton-Howes et Gordon, 2020). Cette convention exige que les signataires abolissent la coercition et mettent en œuvre une politique de prise de décision partagée, reflétant une approche de soins de santé mentale fondée sur le respect des droits humains (Newton-Howes et Gordon, 2020). Également, à travers le monde, des patients faisant partie de divers organismes revendiquent la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle, voire leur élimination (Mental Health America, 2020; Nations Unies, 2017; Turnpenny et al., 2018). En guise d'exemple, Action Autonomie, un collectif de défense des droits en santé mentale situé à Montréal, appelle à l'urgence d'humaniser les hôpitaux et d'agir contre les mesures de coercition utilisées contre le gré de la personne (Plouffe, 2020). Ce collectif demande aux cliniciens de réévaluer leurs pratiques, de considérer les patients dans leur globalité humaine et de prendre conscience de la culture ambiante en santé mentale qui peut contribuer à générer des comportements agressifs (Plouffe, 2020).

Un examen de la littérature rend compte de l'évidence d'un consensus international sur la nécessité de réduire, voire d'éliminer l'utilisation de mesures de contrôle et d'offrir un environnement le moins restrictif possible pour les soins en santé mentale (Goulet et al., 2017; Lykke et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2020; Newton-Howes et Gordon, 2020; Newton-Howes et al., 2020). Par ailleurs, le caractère complexe et multifactoriel de cette problématique a été rapporté par plusieurs chercheurs, dont Larue et al. (2009) qui ont mis l'accent sur l'interaction des facteurs impliqués dans le processus décisionnel d'une mesure de contrôle. Malgré cette complexité, ces facteurs ont permis de nourrir les réflexions sur les stratégies de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. En effet, s'il existe des facteurs qui influencent l'utilisation des mesures de contrôle, il est possible de développer des interventions qui les ciblent (Beames et Onwumere, 2022). Ces facteurs peuvent être reliés principalement aux patients (ex. : facteurs sociodémographiques et cliniques), au personnel soignant (ex. : ratio personnel-patients, expérience, niveau de stress et attitude), et à l'environnement (ex. : surpopulation, espaces d'intimité, lumière, présence de chambre d'isolement) (Beames et Onwumere, 2022; Beghi et al., 2013; Chieze et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2020).

La majorité des études sur les facteurs associés à l'utilisation des mesures de contrôle ont ciblé les variables des patients ou du personnel soignant et très peu ont été consacrées aux variables de l'environnement dans sa globalité puisqu'elles portent surtout sur sa composante physique. Toutefois, divers auteurs comme Papoulias et al. (2014) et Lok et Buldukoglu (2015) affirment que l'environnement doit inclure non seulement la dimension physique, mais aussi la dimension sociale, relationnelle et organisationnelle, ainsi que les interactions qui s'y déroulent.

Moos (1973), dans sa conceptualisation de l'environnement humain, rapporte que selon les théoriciens de la personnalité, le comportement se place à la jonction de la personne et de son environnement, et qu'il faudrait inclure de façon large les dimensions de l'environnement qui sont reliées au comportement humain pour pouvoir le conceptualiser. L'environnement d'hospitalisation considéré dans la globalité de ses dimensions (sociale, architecturale, organisationnelle et autres) exerce un impact thérapeutique important sur les comportements et l'état des patients atteints de troubles mentaux (Doyle et al., 2017; Karlin et Zeiss, 2006; Lok et Buldukoglu, 2015). Lok et Buldukoglu (2015) ont montré qu'une atmosphère thérapeutique sur l'unité de soins psychiatriques favorise l'amélioration du fonctionnement social des patients hospitalisés pour des troubles mentaux. Dans leur revue systématique des écrits sur le climat social en santé mentale et en psychiatrie médico-légale, Doyle et al. (2017) ont affirmé que les thérapies (pharmacologiques, psychologiques et éducatives) et les interactions sociales influencent ce climat tout autant que l'environnement physique. En effet, la psychothérapie assistée par les animaux et portant sur les compétences sociales agit sur les précurseurs de l'agressivité et réduit la violence chez les patients atteints de troubles mentaux (Gaynes et al., 2017). De même, le yoga est une activité de gestion du stress qui est associée à une réduction des comportements violents et de l'utilisation des mesures de contrôle en milieu psychiatrique (Baumgardt et al., 2019).

En conclusion, la prévalence élevée de l'utilisation des mesures de contrôle, leurs dommages préoccupants, leur manque de pertinence clinique et leur incohérence avec l'éthique professionnelle et le respect des droits humains, sont des motifs importants pour trouver des pistes de solutions visant à réduire leur utilisation dont l'étude des facteurs qui y sont associés. Parmi ces facteurs, il y a ceux associés à l'environnement du patient. Bien que certaines études

qui ont visé ces derniers se soient concentrées sur la dimension physique de l'environnement, d'autres ont ciblé des facteurs en lien avec d'autres dimensions sans expliciter ce lien ou utiliser une représentation claire du concept de l'environnement. Ceci ne permet pas d'avoir une vue précise sur les facteurs reliés à l'ensemble des composantes de l'environnement et d'évaluer son impact sur l'utilisation des mesures de contrôle. Considérant l'importance thérapeutique démontrée de l'environnement en santé mentale et le besoin criant de réduire l'utilisation des mesures de contrôle chez les patients atteints de troubles mentaux, nous avons décidé d'explorer les écrits disponibles sur ces facteurs à la lumière d'un modèle conceptuel définissant explicitement les différentes composantes de l'environnement du patient.

1.1 But de l'étude

Le but de cette étude est ***d'explorer l'étendue des connaissances et d'identifier les facteurs de l'environnement qui sont associés à l'utilisation des mesures de contrôle chez les patients atteints de troubles mentaux.***

1.2 Objectifs de l'étude

Pour atteindre ce but, deux objectifs sont définis :

1. Recenser les écrits sur les facteurs environnementaux associés à l'utilisation des mesures de contrôle en recourant à un cadre de référence opérationnalisant l'environnement.
2. Identifier les facteurs environnementaux qui permettent une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.

Chapitre 2 – Recension des écrits

Ce chapitre vise à éclairer la problématique d'utilisation des mesures de contrôle dans un environnement d'hospitalisation en santé mentale et à justifier la pertinence de faire une revue de la portée pour l'étudier. Étant donné qu'une revue de la portée constitue une recension des écrits en soi, ce chapitre présente donc, un résumé des principaux écrits identifiés avant la réalisation de la revue. Il s'agit d'une présentation d'un aperçu de l'état des connaissances sur 1) les mesures de contrôle en santé mentale, 2) l'environnement d'hospitalisation des adultes atteints de troubles mentaux et 3) le cadre de référence utilisé dans cette étude.

2.1 Les mesures de contrôle en santé mentale

Dans cette section, le contexte légal entourant les mesures de contrôle en santé mentale, leur prévalence, leurs conséquences sur les patients et le personnel soignant, ainsi que les facteurs associés à leur utilisation seront discutés.

2.1.1 Cadre légal de l'utilisation des mesures de contrôle

En 1998, l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux a été adopté pour encadrer l'utilisation de la force, l'isolement et les moyens chimiques et mécaniques utilisés comme mesures de contrôles au Québec (LSSSS, 1998). Selon cet article, l'utilisation de ces mesures doit être minimale et exceptionnelle et pour la seule indication de présence d'un risque de lésions pour soi-même ou autrui. L'article stipule également que tout établissement de santé doit adopter un protocole pour l'application de ces mesures selon les orientations ministérielles, et que chaque utilisation de ces mesures doit être documentée de façon détaillée dans le dossier de l'utilisateur (description de la mesure, de sa durée et de son motif d'utilisation (LSSSS, 1998).

Au niveau international, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a élaboré un cadre de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation en 2005 pour aider les pays à mettre en œuvre une législation permettant de donner des meilleurs services aux personnes atteintes de troubles mentaux (Freeman et al., 2005). L'OMS y affirme que la législation doit prévoir des « situations d'urgence » pour le placement et le traitement non volontaires, l'usage

d'isolement et de contrainte physique pour lesquelles ces traitements sont requis, tout en définissant ce qui constitue une urgence. Cette dernière constitue toute situation dans laquelle il y a un danger immédiat et imminent pour la santé et la sécurité de la personne et/ou d'autrui (Freeman et al., 2005).

Le rapporteur spécial des Nations Unies ne semble pas être en accord avec la position de l'OMS à ce sujet. Il affirme que les principes du livre de référence de l'OMS ont eu une grande influence et ont conduit à l'adoption de lois relatives à la santé mentale autorisant des « exceptions » d'ordre légal qui normalisent la coercition dans la pratique quotidienne et augmentent les situations pouvant donner lieu à des violations des droits de l'homme (Nations Unies, 2017). Il appelle à la révision de ces lois et au retrait officiel de l'ouvrage de référence, qui vont à l'encontre des principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies (Nations Unies, 2017).

2.1.2 Prévalence des mesures de contrôle

L'enregistrement et les méthodes d'isolement et de contention varient énormément d'un pays à l'autre, ce qui rend difficile l'obtention d'une vue d'ensemble de la prévalence et de l'impact de leur utilisation (Beghi et al., 2013; Lykke et al., 2019). Muir-Cochrane et al. (2020) ont révélé dans une méta-analyse que la prévalence internationale des contentions de tous types était de 21,1% et que celle spécifique à la contention chimique était de 7,4%. Ces auteurs ont également rapporté une diminution significative de l'utilisation de la contention chimique entre 1996 et 2018 qu'ils ont associée potentiellement aux changements de pratiques infirmières et des stratégies de gestion des services. En concordance avec d'autres études, cette revue a mis en évidence d'importantes variations entre les pays en termes de prévalence d'utilisation des contentions chimiques et physiques qui pourrait être reliée aux différences de législation, de méthodes de saisie et d'enregistrement des données, des milieux de soins, des définitions des mesures de contrôle et de la disponibilité de personnel et de lits psychiatriques (Muir-Cochrane et al., 2020; Steinert et al., 2010).

Dans une étude épidémiologique internationale sur l'utilisation de la contention physique dans quatre pays (Australie, Nouvelle-Zélande, Japon et États-Unis) à partir de 2003, Newton-Howes

et al. (2020) ont rapporté des taux variant de 0,03 (Nouvelle-Zélande) à 98,8 (Japon) événements de contention par million d'habitants par jour (différence supérieure à 3000 fois). Ces auteurs ont aussi montré des variations de ces taux entre les juridictions d'un même pays en rapportant que les raisons de ces variations pourraient être : 1) les différences culturelles entre les hôpitaux, les régions et les nations; 2) les différences dans les niveaux de dotation ou de formation du personnel; 3) la discrimination ou la stigmatisation associée aux soins psychiatriques; 4) le recours à d'autres formes de contrôle (chimique ou isolement); 5) des variations dans les protocoles et politiques hospitaliers; 6) la législation sur la santé mentale et 7) le nombre de lits psychiatriques disponibles. Contrairement à Muir-Cochrane et al. (2020), l'étude de ces auteurs n'a montré aucune diminution de l'utilisation de ces mesures avec le temps.

Flammer et al. (2020) ont réalisé une étude comparative de l'utilisation des mesures de contrôle dans les hôpitaux de psychiatrie légale et générale en Allemagne entre 2015 et 2017. Ils ont trouvé qu'en psychiatrie légale, 22,6 % des patients ont été soumis à l'isolement et 3,8 % ont subi une contention mécanique. En psychiatrie générale, l'étude a révélé que 2,9 % des patients ont été soumis à l'isolement et 4,7% ont subi une contention mécanique (Flammer et al., 2020). Selon ces auteurs, la différence de la prévalence entre les hôpitaux de psychiatrie légale et générale s'explique en partie par les caractéristiques des patients, mais l'étude n'a pas été en mesure d'analyser l'impact d'autres facteurs comme la culture de soins et les différentes pratiques cliniques sur les données. S'intéressant aussi à la prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle chez les patients atteints de troubles mentaux dans différents hôpitaux ontariens, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2011) a noté que les patients hospitalisés en psychiatrie dans les hôpitaux généraux étaient 76 % plus susceptibles d'être soumis à une mesure de contrôle que les patients hospitalisés dans les hôpitaux spécialisés en psychiatrie.

2.1.3 Utilisation clinique et conséquences des mesures de contrôle

Bien qu'il s'agisse d'une mesure d'exception aux droits de la personne légiférée pour assurer la sécurité en cas de risque de lésion, les mesures de contrôle sont parfois utilisées pour d'autres raisons. Corneau et al. (2017), ont identifié trois raisons principales justifiant l'utilisation des mesures de contrôles dans les écrits: 1) la sécurité, lorsque le patient présente un risque pour lui-

même ou pour autrui ; 2) le but thérapeutique, pour aider le patient à regagner le contrôle sur une situation donnée ; et 3) la punition. Plusieurs chercheurs se sont d'ailleurs penchés sur l'étude de l'efficacité thérapeutique de ces mesures. En effet, la littérature ne montre aucune preuve scientifique concernant son efficacité (Beghi et al., 2013; Chieze et al., 2019; Muralidharan et Fenton, 2006; Nelstrop et al., 2006; Sailas et Fenton, 2000). L'utilisation des mesures de contrôle s'est montrée associée à une durée d'hospitalisation ainsi qu'à un taux de mortalité supérieur par rapport aux patients qui ne sont pas placés sous contentions (Mohr et al. , 2003; Zun, 2003). Elle est source de complications physiques dont les blessures orthopédiques, les thromboses, les infections et l'asphyxie (Zun, 2003) et psychologiques comme la colère, la peur, l'humiliation, l'anxiété, l'impuissance, la détresse, et le sentiment de violation de l'intégrité personnelle (Bonner et al. , 2002; Chien et al. , 2005; Chieze et al., 2019). D'autre part, le personnel soignant affirme dans différentes études que son expérience d'utilisation des mesures de contrôle était négative et génère un conflit interne entre les valeurs personnelles et le devoir professionnel de gestion de la violence, de même que des séquelles psychologiques telles que la frustration, la colère ou encore la perte de sensibilité avec l'utilisation courante de ces mesures (Guivarch et Cano, 2013; Howsawi et al., 2020). Dans leur revue systématique des écrits examinant l'efficacité et la légitimité de ces mesures, Chieze et al. (2019) ont soulevé l'exacerbation chez les patients de certains symptômes comme les hallucinations au lieu de leur diminution, ainsi que la dépendance du personnel à l'utilisation de la coercition et l'altération de la relation thérapeutique entre eux.

2.1.4 Facteurs associés à l'utilisation des mesures de contrôle

Divers facteurs associés à l'utilisation des mesures de contrôle ont été étudiés pour les proposer comme cibles d'intervention dans la prévention et la réduction de l'utilisation de ces mesures ainsi que pour favoriser la création d'un environnement moins restrictif (Beghi et al., 2013; Lykke et al., 2019).

Il n'y a aucun consensus dans les écrits sur la classification de ces facteurs. Les catégories les plus souvent rapportées sont les facteurs associés aux patients, au personnel soignant, aux soins et à l'environnement (Beghi et al., 2013; De Benedictis et al. , 2011; Luciano et al. , 2014; O'Malley et

al. , 2007). D'autres auteurs parlent aussi de catégories liées à des facteurs organisationnels, de l'équipe de soins et de climat social (Bowers et Crowder, 2012; De Benedictis et al., 2011; Larue et al., 2009).

Au niveau des facteurs associés aux patients, Thomsen et al. (2017) les ont subdivisés en facteurs cliniques et sociodémographiques. Pour les facteurs cliniques, ils ont montré que, contrairement aux troubles anxieux, tous les autres diagnostics psychiatriques constituent un facteur de risque accru d'utilisation de mesures de contrôle. De ces troubles, les troubles mentaux organiques, le handicap intellectuel et la schizophrénie constituent les facteurs avec le risque le plus élevé. Ces auteurs ont montré aussi que ce risque augmente chez les patients qui ont reçu des soins ambulatoires dans les 12 derniers mois, ceux qui présentent des comportements suicidaires et qu'il diminue chez ceux qui avaient eu au moins six contacts hospitaliers antérieurs. Dans la même perspective d'étude de ces facteurs, Lykke et al. (2019) ont rapporté qu'un double diagnostic d'abus de substances et de trouble mental grave est associé à un risque plus élevé de subir des mesures de contrôle comparativement aux autres diagnostics psychiatriques. Au niveau sociodémographique, Thomsen et al. (2017) ont trouvé qu'un risque accru d'utilisation des mesures de contrôle est associé au sexe masculin, au chômage, à un faible niveau social et aux immigrants provenant de pays de faibles revenus. Luciano et al. (2014) ont également précisé que les comportements agressifs, les antécédents de traumatisme au cours de la vie et la faible satisfaction à l'égard d'un traitement sont associés à un risque élevé à l'utilisation des mesures de contrôle. En revanche, les relations sociales, telles que le fait d'être marié et d'avoir des enfants sont des facteurs de protection (Thomsen et al., 2017).

Pour les facteurs associés au personnel soignant, il semble que l'absence de médecins et la présence de personnel masculin soient associés à un risque plus élevé de l'utilisation des mesures de contrôle (Beghi et al., 2013; Luciano et al., 2014). Également, O'Malley et al. (2007) ont rapporté dans leur étude que l'augmentation du nombre d'infirmières de genre féminin réduit le risque d'utilisation de ces mesures. Toutefois, ces données ne sont pas cohérentes avec celles de Bowers et al. (2013) qui affirment que les unités de soins qui utilisent moins d'isolement sont celles qui ont moins de personnel féminin. De même, les résultats de Doedens et al. (2017) ont reflété aussi cette incohérence des données en rapportant que leur étude n'a montré aucune

association significative entre le sexe féminin des infirmières et l'utilisation des mesures de contrôle. Le ratio personnel-patients constitue un autre facteur associé au personnel soignant dont les données montrent peu de cohérence dans les écrits. Effectivement, Krieger et al. (2021) rapportent que le stress et le faible effectif de personnel soignant sont des facteurs qui augmentent le risque d'utilisation des mesures de contrôle, tandis que Fukasawa et al. (2018) ont rapporté qu'un ratio personnel-patients élevé est associé à une plus grande utilisation des mesures de contrôle. Finalement, parmi les facteurs associés au personnel, Husum et al. (2011) ont rapporté que c'est plutôt la personnalité et les valeurs personnelles qui influencent le plus la décision d'utilisation des mesures de contrôle.

Pour les facteurs liés à l'organisation des soins, O'Malley et al. (2007) ont examiné l'effet d'un changement de certains paramètres de travail des infirmières sur les taux d'utilisation de l'isolement dans une unité psychiatrique. Ils ont rapporté que le nombre d'heures travaillées et la charge de travail élevée des infirmières et le quart de nuit sont des facteurs associés à un taux élevé d'utilisation de l'isolement. Ils ont montré également que la réduction de la charge de travail des infirmières et l'augmentation du nombre d'infirmières dans l'équipe se sont montrées associées à un faible taux d'isolement des patients. Toutefois, l'expérience des infirmières et les jours de la semaine n'ont eu aucun effet sur le taux d'isolement.

Dans leur revue intégrative ciblant les interventions réduisant l'utilisation des mesures de contrôle, Väkiparta et al. (2019) ont identifié que l'utilisation d'un protocole règlementé pour l'utilisation des mesures de contrôle, la planification des traitements des patients, l'identification des facteurs de risque et des interventions efficaces pour eux ainsi que leur implication dans les soins diminuent le risque de recourir à l'isolement et aux contentions. Ils ont rapporté également que la formation du personnel sur les techniques de désescalade, les mesures alternatives et la gestion des comportements agressifs semblent réduire l'utilisation des mesures de contrôle.

Au niveau des facteurs associés à l'environnement, des taux élevés d'isolement et de contention ont été trouvés dans les hôpitaux des zones urbaines et dans les unités fermées (Luciano et al., 2014). O'Malley et al. (2007) ont montré que la réduction de la taille de l'unité de soins en la divisant en deux unités de dix lits chacune, a diminué l'utilisation des mesures de contrôle. Dans le même ordre d'idées, Krieger et al. (2021) rapportent qu'un service surpeuplé est un facteur qui

augmente ce risque. Väkiparta et al. (2019) ont affirmé que la participation aux activités thérapeutiques et l'usage de la modulation sensorielle diminuent l'usage des mesures de contrôle en réduisant le niveau de détresse des patients. Les outils de modulation sensorielle peuvent inclure l'utilisation d'équipements audio et vidéo, de couvertures lestées, de matériaux doux et d'arômes agréables (Gooding et al. , 2018). Des caractéristiques de conception physique de l'environnement de soins tel que la disponibilité d'espace privé pour les patients, une bonne visibilité des chambres, un niveau élevé du confort, l'ouverture des unités fermées et la disponibilité d'unités de soins intensifs se sont montrées associées à une réduction au recours des mesures de contrôle (Gooding et al., 2018; Väkiparta et al., 2019).

À travers la littérature, on constate que peu d'études incluent de façon explicite les facteurs associés à l'environnement. Toutefois, certaines les ont pris en compte sans pour autant se baser sur une conceptualisation claire de l'environnement. La majorité de ces études se sont concentrées plutôt sur les facteurs associés à l'environnement physique de soins.

2.2 L'environnement d'hospitalisation en santé mentale

2.2.1 L'environnement : concept central de la discipline infirmière

La littérature reconnaît les écrits de Florence Nightingale comme le premier jalon à la théorisation de la discipline infirmière dans le monde occidental (Potter et al., 2016). Dès le 19^e siècle, elle a présenté une conception de soins infirmiers qui consiste à placer les personnes malades dans un environnement exempt d'obstacles à la guérison en optimisant ses conditions, à savoir : l'éclairage, l'aération, la température, la propreté, la bonne alimentation et le confort dans les lieux de soins des malades (Potter et al., 2016). Ainsi, très tôt, elle inculquait aux infirmières de mettre l'accent sur la personne et son environnement pour favoriser la guérison plutôt que de se concentrer sur la maladie (Lecordier, 2011). Encore de nos jours, l'environnement constitue l'un des quatre larges concepts centraux qui définissent la discipline infirmière (Neves et al., 2008), avec la personne, la santé et le soin. Au cours de leur évolution, les théories et les modèles conceptuels infirmiers se sont construits autour d'une conception de l'environnement qui se rapporte à ses dimensions physique et sociale (Potter et al., 2016).

Le terme « environnement » sous-tend plusieurs sens, à savoir le mouvement, le contenant et le contenu (Daydé, 2014). Il désigne le milieu physique, construit, naturel et humain dans lequel un individu fonctionne, incluant tous les organismes vivants, les êtres humains et leurs interrelations dont on ne peut ignorer l'impact. La maladie et l'hospitalisation créent des ruptures dans les repères environnementaux de la personne et lui confèrent un sentiment de déracinement qui nécessite des changements de rôle et de relations pour elle et sa famille. Ces changements nécessitent une adaptation de chacun d'eux en impliquant de nouvelles relations avec les soignants et un nouvel environnement qui doit être sécurisant et permettre de garder les liens avec leur propre environnement pour pouvoir prodiguer des soins infirmiers optimaux (Daydé, 2014).

2.2.2 La conceptualisation et la structure de l'environnement

La représentation et la structure des différentes composantes de l'environnement ont préoccupé depuis bien longtemps les chercheurs qui croient en son potentiel thérapeutique. En effet, Moos (1973) a réalisé une conceptualisation des environnements humains. Pour ce faire, il s'est basé sur les théories psychologiques de l'environnement, les théories du comportement et celles de la personnalité (Moos, 1973). Il a rapporté que le comportement se situe à la jonction de la personne et de l'environnement et a conceptualisé ce dernier en six dimensions dont les caractéristiques sont reliées au fonctionnement humain. Ces dimensions sont : 1) les dimensions écologiques; 2) les paramètres de comportement; 3) les dimensions de structure organisationnelle; 4) les dimensions des caractéristiques personnelles et comportementales de la collectivité; 5) les dimensions reliées aux climats organisationnels et aux caractéristiques psychosociales; 6) les facteurs pertinents pour le renforcement du fonctionnement des environnements. Ainsi, l'environnement ne se limite pas à sa dimension physique. Dans son article, l'auteur a présenté un exemple d'application de ces dimensions dans un contexte de gestion des comportements violents en psychiatrie et a conclu en mentionnant que la conceptualisation et la connaissance des dimensions de l'environnement sont cruciales pour la compréhension, la prédiction et le changement du comportement humain (Moos, 1973). Il a souligné que l'arrangement d'un environnement optimal est probablement l'intervention la plus puissante pour la gestion des

comportements (Moos, 1973). À nos connaissances, cette conceptualisation n'a pas été raffinée dans d'autres études pour en élaborer un cadre conceptuel bien défini, mais l'auteur s'est concentré par la suite sur la dimension sociale de l'environnement en créant une échelle de mesure du climat social dans divers milieux, dont le milieu de santé mentale (Moos, 1990; Moos et Houts, 1968).

Il existe très peu de modèles conceptuels qui explicitent une structure des différentes dimensions de l'environnement dans un contexte de santé mentale qui sont cohérentes avec une perspective infirmière. On note l'existence du modèle de l'environnement thérapeutique optimal (ETO) qui considère l'environnement dans sa globalité (Sakallaris et al. , 2015). Ce modèle conceptuel est aussi un cadre opérationnel qui a été testé dans différents milieux cliniques, dont des milieux psychiatriques, en démontrant une bonne efficacité (Sakallaris et al., 2015). Il sera décrit dans la prochaine section puisqu'il a été retenu comme cadre de référence à la présente étude.

2.3 Choix du cadre de référence de l'étude

Pour atteindre le but de l'étude, le cadre de référence à utiliser devrait inclure une représentation claire et globale de l'environnement de soins pour pouvoir guider la recherche des facteurs environnementaux associés à l'utilisation des mesures de contrôle en fonction de ses différentes composantes. Ainsi, divers cadres de référence ont été examinés, entre autres, le modèle Safewards de Bowers et al. (2014), le modèle de réduction de stress et d'agressions d'Ulrich et al. (2018) et celui de Moos (1973). Ces cadres, bien qu'étant adaptés pour l'étude des facteurs associés à la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle, n'apportent pas explicitement une représentation structurée et claire de l'environnement qui pourrait guider notre étude. Bowers (2014) et Ulrich et al. (2018) circonscrivent le concept d'environnement plutôt dans sa dimension physique. À l'inverse, le cadre de Moos (1973) a plutôt évolué dans une perspective sociale de l'environnement qui s'est alignée vers la conceptualisation des interactions entre les stressseurs et les ressources sociales, ainsi que la création de plusieurs outils de mesure du climat social dans différents milieux cliniques, dont celui de la santé mentale (Holahan, 2002). Aucun d'entre eux ne présente une intégration simultanée et explicite des dimensions physiques et sociales de l'environnement.

2.4 L'environnement thérapeutique optimal

À la lumière de l'examen des écrits relatifs à l'environnement en contexte de soins, le choix du cadre de référence pour notre étude est celui de l'environnement thérapeutique optimal (*Optimal healing environment, ETO*) développé par le *Susan Samuelli Integrative Health Institute* aux États-Unis (Jonas et al., 2014). L'ETO est un cadre conceptuel heuristique qui permet la création d'un environnement qui stimule la capacité thérapeutique inhérente des patients, des familles et du personnel soignant (Abbas et Ghazali, 2011; Sakallaris et al., 2015). C'est un cadre qui met l'accent non seulement sur le rétablissement de la maladie, mais aussi sur la prévention, le bien-être et la gestion de la santé des patients (Sakallaris et al., 2015). Ces derniers auteurs et Firth et al. (2015, p. 9) définissent l'ETO comme un environnement « dans lequel les composantes sociales, psychologiques, spirituelles, physiques et comportementales des soins de santé sont orientées vers le soutien et la stimulation des capacités thérapeutiques et l'atteinte de l'intégrité. » [Traduction libre]. Il englobe des personnes en interrelation, leurs comportements de création de la santé et leur environnement physique. Il est fondé sur le principe de salutogenèse défini comme un processus thérapeutique et de création de la santé (Jonas et al., 2014). Selon ces auteurs, l'ETO est d'ailleurs un cadre d'application de la salutogenèse.

À la suite de son évaluation dans plusieurs établissements de santé et de son examen par des experts infirmiers pour sa pertinence pour la pratique infirmière, le cadre conceptuel ETO a été organisé en quatre dimensions et huit concepts de façon à offrir un cadre à la fois conceptuel et opérationnel (Sakallaris et al., 2015). Pour ce faire, les concepts ont été analysés et définis de façon opérationnelle pour faciliter leur compréhension scientifique et la traduction du modèle en pratique (Firth et al., 2015).

La figure 1 montre les dimensions de l'ETO (Jonas et al., 2014). Celles-ci sont par la suite décrites et contextualisées au but de l'étude.

Environnement thérapeutique optimal (ETO)

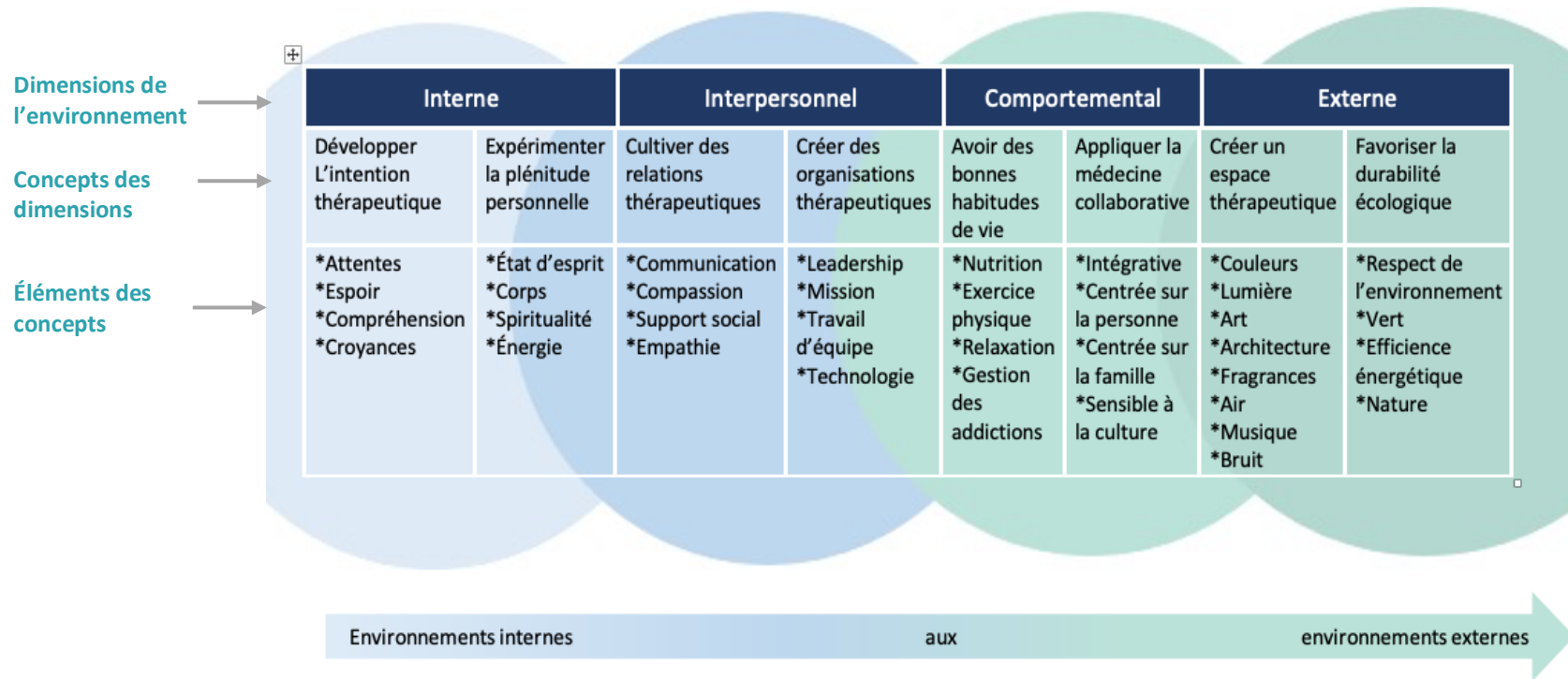


Figure 1. – Dimensions et concepts de l'environnement thérapeutique optimal (traduction libre de Jonas et al. (2014)).

2.4.1 Dimensions de l'environnement thérapeutique optimal

L'environnement thérapeutique optimal est composé de quatre dimensions, soit : l'environnement interne, interpersonnel, comportemental et externe. Chacune de ses dimensions est constituée de concepts composés de plusieurs éléments qui seront décrits ci-dessous.

2.4.1.1 L'environnement interne

L'environnement interne reconnaît les interactions entre le corps, l'âme et l'esprit qui sont favorables au soutien pour diriger la personne vers la création de la santé. Il se compose des pensées, des émotions, des intentions et des croyances de la personne (Sakallaris et al., 2015). L'importance de l'environnement interne réside dans l'impact des pensées, des émotions et de l'esprit sur le corps de la personne, ses choix et ses relations (Rakel, 2018). Cet impact est favorisé par les croyances et les attentes intérieures qui, une fois optimisées, peuvent mener la personne au rétablissement et à l'atteinte de l'intégrité (Sakallaris et al., 2015). Toutefois, ces croyances nécessitent une réflexion sur soi et une conscience de la propre intégrité interne de la personne en faisant confiance à son potentiel de création de la santé (Rakel, 2018).

Deux concepts clés composent l'environnement interne : le développement de l'intention de se rétablir et l'expérimentation de l'intégrité personnelle. L'intention de se rétablir est la détermination consciente d'améliorer sa santé ou celle d'autrui (Jonas et al., 2014). Ces mêmes auteurs rapportent que les approches qui peuvent soutenir le développement de l'intention incluent entre autres les groupes de thérapie, l'imagerie mentale, les pratiques spirituelles et toute pratique favorisant la motivation et l'espoir (Sakallaris et al., 2015). La pratique de la pleine conscience en est un exemple. L'intégrité personnelle, quant à elle, réfère au bien-être produit par l'harmonie entre les dimensions corps-âme et esprit. Les interventions qui peuvent aider à l'atteinte d'intégrité sont des interventions qui évoquent une relaxation tel que la méditation, le yoga et le toucher thérapeutique (Jonas et al., 2014). Les activités d'apaisement et de réduction de stress sont d'ailleurs associées à une réduction des comportements violents et l'utilisation des mesures de contrôle en milieu psychiatrique (Baumgardt et al., 2019).

2.4.1.2 L'environnement interpersonnel

L'environnement interpersonnel traite des relations au niveau personnel, professionnel et organisationnel qui soutiennent et encouragent le rétablissement et la création de la santé (Sakallaris et al., 2015). Il est composé de deux concepts : développer des relations thérapeutiques et créer des organisations thérapeutiques. Les relations thérapeutiques font référence à l'engagement du personnel soignant, sa compétence, son empathie, sa capacité de communication et de considération du patient dans sa globalité avec respect et honnêteté (Miller et Crabtree, 2005). Les bonnes compétences sociales et interpersonnelles du personnel soignant sont des facteurs associés à la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle en leur permettant de reconforter les patients en détresse et assurer la désescalade des crises de violence (Bowers, 2014).

La création d'organisations thérapeutiques consiste en la mise en place d'équipes de soins efficaces et l'offre de services interreliés soutenant les patients et leurs familles de manière transparente tout au long du continuum de soins. En effet, ceci est possible en adoptant un leadership transformationnel avec une mission, des valeurs et des politiques claires qui favorisent les interventions thérapeutiques. Également, l'adoption d'une philosophie de soins centrée sur la personne, le travail d'équipe et la disponibilité des ressources soutenant les pratiques cliniques sont des moyens pour que les organisations deviennent thérapeutiques (Jonas et al., 2014).

2.4.1.3 L'environnement comportemental

L'environnement comportemental est composé de deux concepts : les comportements liés aux saines habitudes de vie et le recours aux soins intégratifs. Les modes de vie sains impliquent des comportements qui favorisent la santé et stimulent les mécanismes d'autoguérison. Ces comportements doivent être adoptés par les personnes elles-mêmes, mais soutenus par les soignants les plus appropriés d'une équipe de soins intégratifs (Rakel, 2018).

Les éléments de base d'un mode de vie saine comprennent une alimentation saine, une activité physique régulière, la relaxation, et la gestion des dépendances (Sakallaris et al., 2015). Cette composante de l'environnement comportemental inclut également la gestion des

comportements de dépendances aux substances et des comportements sexuels problématiques (Jonas et al., 2014).

Les soins intégratifs sont des soins en équipe multidisciplinaire qui sont axés sur la personne et qui incluent sa famille et ses proches. Ils représentent une fusion de deux cultures : les soins conventionnels et les soins non conventionnels qui visent une synthèse optimale des thérapies biologiques, psychologiques, corps-esprit, énergétiques et spirituelles répondant aux besoins et aux préférences de chaque patient (Sakallaris et al., 2015). Le toucher thérapeutique pour l'anxiété, l'aromathérapie pour le sommeil et l'acupuncture pour la douleur en sont des exemples (Jonas et al., 2014).

2.4.1.4 L'environnement externe

L'environnement externe constitue le dernier domaine d'un ETO et englobe les éléments de construction d'espace thérapeutique et de durabilité écologique. L'espace thérapeutique fait référence à l'espace physique qui donne accès à la nature et utilise la musique, l'art, les couleurs et les arômes pour favoriser la relaxation et la thérapie, de même que la lumière et de la technologie de réduction du bruit. La disponibilité de chambres privées et le taux d'occupation sont aussi des éléments de l'espace thérapeutique (Jonas et al., 2014). En effet, ces éléments ont été rapportés dans des revues des écrits comme des facteurs qui influencent l'utilisation des mesures de contrôle (Bowers, 2014; Gooding et al., 2018; Väkiparta et al., 2019).

La durabilité écologique fait référence à l'utilisation consciente des ressources. Dans un ETO, le personnel soignant et les administrateurs considèrent les impacts de la construction et de l'entretien des installations et les choix diagnostiques et thérapeutiques sur les environnements locaux et mondiaux. Ils considèrent aussi l'application de programmes de réduction des déchets, en offrant une éducation et des opportunités de recyclage, et en optant pour des produits respectueux de l'environnement (Sakallaris et al., 2015).

En somme, la recension des écrits a permis d'avoir un aperçu sur l'utilisation des mesures de contrôle en milieu hospitalier de santé mentale. Il est donc possible de se rendre compte de l'hétérogénéité des catégories des facteurs qui l'influencent et le manque de clarté sur ceux qui sont reliés spécifiquement à l'environnement du patient. De même, la complexité de

conceptualisation de cet environnement et la rareté des cadres conceptuels qui représentent clairement sa structure était évidente. Par conséquent, la compréhension des composantes de l'ETO et leur concordance avec certains facteurs associés à l'utilisation des mesures de contrôle déjà connues témoignent de son adaptabilité à l'atteinte du but de recherche de la présente étude. En effet, en tant que cadre de référence, l'ETO permet de se positionner par rapport à une définition de l'environnement, ce qui a une incidence sur le choix des écrits à inclure dans la revue, de façon à ne pas se limiter seulement aux écrits sur l'environnement physique, ainsi que de guider l'analyse des données. Le chapitre suivant porte sur la méthodologie utilisée pour réaliser la revue de la portée et montre, entre autres, comment l'ETO a été utilisé comme cadre de référence.

Chapitre 3 – Méthode

Dans ce chapitre, les différentes étapes de la méthode utilisée pour réaliser la revue de la portée sont décrites. La revue de la portée est une recherche exploratoire qui examine et synthétise les preuves émergentes dans un domaine spécifique (Khalil et al. , 2016; Nambiema et al. , 2021). Elle est utilisée pour le développement des connaissances et pour la prise de décision dans la pratique clinique (Nambiema et al., 2021). Selon ces auteurs, les indications d'une revue de la portée sont entre autres : i) l'identification des caractéristiques ou des facteurs clés liés à un concept; ii) la clarification des concepts clés dans la littérature; iii) l'identification et l'analyse des preuves disponibles dans un domaine donnée ainsi que leurs lacunes. Ces indications sont cohérentes avec le but de notre étude qui vise à explorer et identifier, dans les écrits, les facteurs de l'environnement qui sont associés à l'utilisation des mesures de contrôle chez les patients hospitalisés en santé mentale. L'analyse de ces écrits et des facteurs identifiés à travers une revue de la portée permet de clarifier le concept d'environnement dans sa globalité et de mieux comprendre son rôle thérapeutique dans une perspective de réduction ou prévention des mesures de contrôle. Finalement, l'analyse des écrits ciblés par la revue permet aussi d'identifier les lacunes dans la recherche scientifique liée aux différentes composantes d'un environnement thérapeutique optimal (ETO) dans le contexte de l'étude.

Le cadre de la revue de portée de Peters et al. (2020) a été choisi puisque c'est la plus récente optimisation méthodologique de la méthode traditionnelle d'Arksey et O'Malley (2005). Dans ce cadre, les étapes suivantes sont nécessaires pour élaborer la revue : 1) définition des objectifs et du but de l'étude ; 2) définition des critères d'éligibilité des écrits et des bases de données à utiliser ; 3) recherche des écrits ; 4) sélection des écrits; 5) extraction des données; 6) analyse des données et synthèse des résultats. En outre, la liste de contrôle PRISMA-ScR (annexe A) (Tricco et al. , 2018) a été aussi utilisée pour s'assurer de ne pas oublier d'étape.

3.1. Étape 1 : définition du but et des objectifs de l'étude

Le but de l'étude était d'explorer l'étendue des connaissances en identifiant les facteurs de l'environnement qui sont associés à l'utilisation des mesures de contrôle chez les personnes adultes hospitalisées en santé mentale.

Les objectifs étaient de :

1. Recenser les écrits sur les facteurs environnementaux associés à l'utilisation des mesures de contrôle en utilisant un cadre de référence qui définit le concept d'environnement.
2. Identifier les facteurs environnementaux qui permettent une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.

3.2 Étape 2 : définition des critères d'éligibilité des études et des bases de données

Les critères de sélection des écrits selon le cadre de Peters et al. (2020) sont associés aux types de participants, aux contextes cliniques, aux concepts étudiés et aux types d'études incluses dans la revue de la portée afin d'atteindre les objectifs de recherche. À la lumière de notre but de recherche et du cadre de référence de l'étude (l'ETO), les participants des études qui ont été ciblées sont des membres de l'équipe soignante, les familles et les proches, et les patients adultes atteints de troubles mentaux. Les contextes cliniques des études ciblées ont été des unités de soins régulières, aiguës ou intensives en santé mentale dans les établissements de santé généraux, spécialisés ou en psychiatrie légale dans lesquels des patients atteints de troubles mentaux sont hospitalisés. Les études qui ont été incluses se rapportent explicitement à l'utilisation des mesures de contrôle en lien avec un ou plusieurs concepts de l'ETO.

Des quatre dimensions de l'ETO, il a été décidé de se concentrer sur les dimensions : interpersonnelle, comportementale et externe. Ce choix a été conduit après avoir réalisé des essais préliminaires de recherche documentaire. Lors de ces essais, il a été constaté que le nombre d'écrits recensés dans les bases de données dépasse l'étendue d'une étude de deuxième

cycle. Ainsi pour assurer la faisabilité de l'étude, il a fallu restreindre ce nombre de dimensions. Ces essais ont aussi montré que les écrits sur les exemples d'actions de gestion de stress qui peuvent soutenir le développement d'un environnement interne thérapeutique selon Jonas et al. (2014) ressortent aussi avec des mots clés liés à l'environnement comportemental. De plus, les facteurs associés aux mesures de contrôle qui sont spécifiques aux caractéristiques des patients demeurent bien documentés dans la littérature. Pour ces raisons, la dimension de l'environnement interne n'a pas été incluse dans la recherche d'écrits. Également, la recherche d'écrits s'est limitée aux cinq dernières années (2016-2022) puisque les essais préliminaires ont montré la disponibilité de revues de littérature qui couvrent des périodes bien avant 2016.

L'ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion a été discuté et validé avec une équipe de recherche experte sur les mesures de contrôle en santé mentale qui est supervisée par la directrice de recherche du présent mémoire. Ces critères sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1. – Critères d'inclusion et d'exclusion des écrits

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction en français ou en anglais - Publication entre janvier 2016 et mai 2022 - Devis de recherche qualitatif, quantitatif, mixte et revues de littérature. - Inclusion d'éléments reliés à l'environnement interpersonnel, l'environnement comportemental et l'environnement externe. - Ayant explicitement pour objet une ou des mesures de contrôle (isolement, contention physique, contention mécanique, contention chimique) - Réalisation de l'étude dans une unité de soins en santé mentale adulte ou de psychiatrie légale - Population de l'étude : adultes atteints de troubles mentaux (18-65 ans), infirmières, autre personnel soignant, famille et proches 	<ul style="list-style-type: none"> - Étude sur une population de pédopsychiatrie ou gérontopsychiatrie - Études réalisées à l'urgence ou dans les services ambulatoires - Résumés - Éditoriaux - Commentaires - Protocoles

3.3 Étape 3 : recherche des écrits

Cette étape a visé l'identification des écrits à inclure dans la revue de la portée. Dans le but d'assurer une recherche des écrits la plus exhaustive possible, la stratégie de recherche a été développée en collaboration avec une bibliothécaire familiarisée avec la recherche sur l'utilisation des mesures de contrôle en milieu hospitalier en santé mentale. Les bases de données utilisées sont : CINAHL, PubMed, EMBASE et PsycINFO. Les concepts qui ont été recherchés sont : 1) les facteurs de l'environnement thérapeutique ; 2) les mesures de contrôle ; 3) les unités de soins psychiatriques.

Une recherche manuelle a été également réalisée dans la liste des références des articles retenus pour identifier les données supplémentaires pertinentes. La stratégie de recherche primaire a été effectuée en premier lieu dans CINAHL par descripteurs et mots clés dans les titres, résumés, et les *Word in Subject Heading* en incluant tous les critères de sélection des écrits préétablis. Cette stratégie a été adaptée et répétée auprès des autres bases de données par la suite. La liste des mots clés recherchés et les équations de recherche sont présentées dans l'annexe B. Les écrits identifiés ont été transférés dans le logiciel *EndNote* où les doublons ont été retirés.

3.4 Étape 4 : sélection des écrits

Dans le but de réduire les biais de tri d'écrits entre les examinatrices, le fichier *EndNote* rassemblant les écrits sans doublons a été importé dans la plateforme *Covidence* pour réaliser la sélection des écrits à retenir. Les examinatrices impliquées dans cette étape sont l'auteure du présent mémoire et une autre étudiante à la maîtrise de la même équipe de recherche. La directrice de recherche a assuré la supervision du processus de sélection conjointe entre les deux étudiantes.

La recherche documentaire a produit 990 écrits après le retrait des doublons. Au début, plusieurs rencontres ont été réalisées entre les deux examinatrices pour favoriser une compréhension commune des critères de sélection et tendre vers leur application aux écrits la plus constante possible. Un échantillon de 5 % (50 écrits) a été retenu pour procéder à un accord interjuges visant 80% ou plus. Cet accord s'est avéré exactement 80% après calcul. Pour ce faire, la sélection des

écrits de cet échantillon était réalisée de façon indépendante entre les deux examinatrices. Par la suite, ces dernières ont partagé l'examen pour la sélection des écrits. En effet, les deux examinatrices ont examiné les titres et les résumés des études récupérées sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion. Par la suite, elles ont lu les textes au complet des écrits où l'ensemble des critères de sélection n'étaient pas repérables dans le titre et le résumé pour déterminer leur éligibilité à l'inclusion dans la revue. Des rencontres ont été réalisées en cas de doute et une troisième examinatrice a été impliquée dans le cas d'une absence de consensus sur un écrit. L'évaluation de la qualité des écrits retenus (étape 12 de la liste de contrôle PRISMA-ScR) n'a pas été réalisée. En effet, Tricco et al. (2018) affirment que l'examen critique des sources individuelles de données est optionnel dans les revues de la portée, surtout que l'objectif n'est pas de fournir une évaluation complète de la qualité des écrits inclus, mais de parcourir l'étendue des connaissances sur une question spécifique. La figure 2 représente ce processus de sélection.

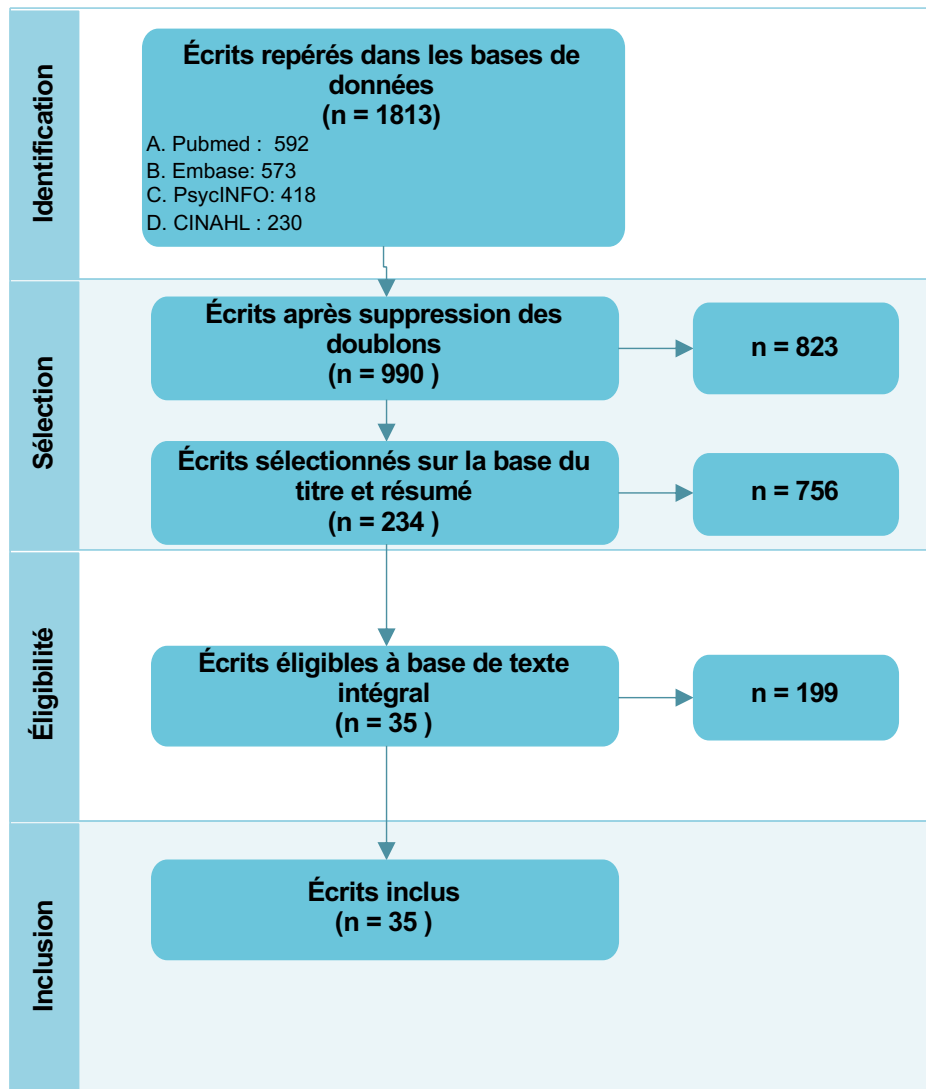


Figure 2. – Processus de sélection des écrits.

3.5 Étape 5 : extraction des données

L'extraction des données pertinentes au but et objectifs de la présente revue à partir des écrits sélectionnés a été réalisée dans une grille qui intègre : l'identification de l'étude (auteurs, année, pays), son but et ses objectifs, sa conception (devis, méthode de recherche, milieu et population étudiée), les mesures de contrôle étudiées, les éléments de l'environnement thérapeutique inclus, et les principaux résultats obtenus. L'utilisation de la grille a été validée par un test d'extraction des données de cinq écrits inclus de manière indépendante par les deux examinatrices impliquées dans la sélection des écrits. Ce test a montré que les mêmes données

permettant de compléter la grille ont été facilement extraites par les deux observatrices. Par la suite, l'extraction des données du reste des écrits inclus a été réalisée indépendamment par la première examinatrice qui est l'auteure du présent mémoire. Le canevas de cette grille est présenté dans l'annexe C.

3.6 Étape 6 : analyse des données et synthèse des résultats

Peters et al. (2020), auteurs de la méthode utilisée pour réaliser la présente revue de la portée, ne proposent aucune méthode d'analyse des données spécifique et considèrent que cette dernière doit dépendre des objectifs de la revue et du jugement des auteurs. Ainsi, la technique d'analyse thématique de Braun et Clarke (2006) a été utilisée pour sa flexibilité et la démarche itérative qu'elle permet, surtout lorsqu'il s'agit de données d'un sujet complexe tel que l'utilisation des mesures de contrôle en milieu psychiatrique. Pour ce faire, une immersion dans les données a été réalisée au tout début de la démarche d'analyse. Cette immersion a débuté lors de l'extraction des données via la lecture répétée des textes des écrits inclus en prenant des notes dans un journal de bord (Braun et Clarke, 2006). Ensuite, des codes ont été créés à partir du corpus des données de la grille d'extraction. Quoique cette grille présente un résumé de chacun des écrits, un retour aux textes intégraux a été réalisé au besoin dans le but de s'assurer d'une compréhension en profondeur des données. Le codage a été guidé par le cadre de référence de la présente revue. En effet, l'exercice de codage a d'abord consisté en l'identification des éléments reliés à un ou plusieurs concepts de l'environnement thérapeutique optimal dans un contexte d'utilisation des mesures de contrôle. Par la suite, des codes ont été attribués à ces éléments et la liste de tous les codes a été transcrite dans un tableau dans le logiciel *Word* pour soutenir la réflexion sur les relations entre eux. Un exemple de cet exercice est présenté à l'annexe D.

Après le codage, une analyse des liens entre les codes a été réalisée en examinant comment ils peuvent être combinés. Pour ce faire, la liste des codes a été lue à plusieurs reprises en se référant à la grille d'extraction des données et aux textes des écrits au besoin pour rester fidèle au sens des données composant les codes. Ainsi, pour une meilleure représentation des liens entre les codes, des dimensions, des thèmes et des sous-thèmes ont été déterminés de façon inductive

pour certains et déductive pour d'autres. En effet, les dimensions de l'environnement thérapeutique optimal et leurs différents concepts, tels que définis à la figure 1, ont été utilisés comme des dimensions, des thèmes ou des sous-thèmes identifiés de façon déductive à partir de la liste des codes. Ceci signifie que les dimensions identifiées dans les données correspondent aux dimensions de l'ETO; les thèmes correspondent aux concepts clés identifiés pour chaque dimension; et finalement les sous-thèmes correspondent aux éléments qui sont rattachés à ces concepts clés. De plus, de nouveaux sous-thèmes non présents dans les éléments rattachés aux concepts de l'ETO représentés par (Jonas et al., 2014) ont été émergé de la liste des codes de façon inductive. En effet, ces auteurs affirment que la liste de ces éléments n'est pas exhaustive et recommandent aux utilisateurs de ce cadre conceptuel d'en ajouter à la lumière de la signification des concepts clés et des dimensions de l'ETO.

3.7 Étape 6 : Présentation des résultats

Tel que recommandé par Peters et al. (2020), les résultats ont été organisés en deux parties principales. La première décrit les résultats de la stratégie de recherche et le processus de sélection, et la deuxième constitue un rapport de l'analyse des données permettant l'atteinte du but et des objectifs de cette revue de la portée. Les résultats seront présentés dans le chapitre suivant du mémoire.

3.8 Considérations éthiques

Bien qu'aucune approbation d'un comité d'éthique ne soit nécessaire pour ce type d'étude, les considérations éthiques ont été tenues en compte pour la conduite d'une recherche intègre. Aucun conflit d'intérêts n'est présent pour être déclaré. La propriété intellectuelle, la rigueur scientifique, et la reconnaissance de la contribution de co-examineurs ont été respectées durant tout le processus de la recherche.

Chapitre 4 – Résultats

Cette revue de la portée a été réalisée afin d'explorer l'étendue des connaissances et d'identifier les facteurs de l'environnement qui sont associés à la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle chez les patients adultes hospitalisés en santé mentale. Le présent chapitre porte sur la présentation des résultats obtenus. Les écrits issus du processus de recherche et de sélection des écrits sont présentés en premier. Les dimensions, les thèmes et les sous-thèmes issus de l'analyse des données de recherche sont ensuite décrits. Finalement, les facteurs de l'environnement qui ont un impact de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle sont résumés dans une figure intégrative.

4.1 Résultats du processus de recherche et de sélection des écrits

Un total de 35 écrits répondant aux critères d'inclusion a résulté du processus de sélection documentaire. La moitié de ceux-ci proviennent de l'Europe (n=17). Les pays représentés sont : le Royaume-Uni (n=7), l'Espagne (n=2), le Danemark (n=2), la France (n=1), la Norvège (n=1), la Suisse (n=1), la Pologne (n=1), les Pays-Bas (1) et la Finlande (n=1). Les autres écrits proviennent des États-Unis (n=6), du Canada (n=5), de l'Australie (n=5), de la Chine (n=1) et de la Nouvelle-Zélande (n=1). Plus de la moitié des devis des écrits inclus sont qualitatifs (n=18), 11 sont quantitatifs, alors que six écrits sont à devis mixte. Les revues des écrits représentent 23% de l'échantillon avec trois revues systématiques, deux revues intégratives, deux revues de la portée et une revue rapide. Finalement, un des écrits provient de la littérature grise (thèse de doctorat). La langue de rédaction des écrits est principalement l'anglais (34 sur 35), et seulement un est rédigé en français. Un résumé de ces écrits est présenté à l'annexe E.

4.2 Résultats de l'analyse thématique

L'analyse thématique du corpus, guidée par le modèle de l'environnement thérapeutique optimal (ETO), a permis l'émergence de deux dimensions, trois thèmes et onze sous-thèmes qui

représentent le portrait global des facteurs de l'environnement du patient qui sont associés à l'utilisation des mesures de contrôle dans les écrits inclus.

Des trois dimensions de l'ETO (environnement interpersonnel, environnement comportemental, environnement externe) incluses dans les mots clés de recherche des écrits, seulement l'environnement interpersonnel et l'environnement externe ont été déterminés comme dimensions, malgré la présence de certaines données rattachées à l'environnement comportemental du patient. En effet, ces données n'ont pas été écartées, mais plutôt intégrées dans la dimension de l'environnement interpersonnel. La raison de cette décision réside dans le fait que c'est le patient qui doit diriger ses propres actions en lien avec un environnement comportemental sain (Rakel, 2018) et que les données extraites des écrits inclus relèvent plutôt de l'initiative des organisations de santé pour améliorer la qualité des soins et assurer des milieux de soins moins restrictifs. Ainsi, les codes rassemblant ces données sont davantage liés à la création des organisations thérapeutiques, qui est un concept de l'environnement interpersonnel, que de l'environnement comportemental du patient. Par conséquent, seulement l'environnement interpersonnel et l'environnement externe ont été retenus comme dimensions. La dimension de l'environnement interpersonnel comprend deux thèmes, soit le développement et le maintien des relations thérapeutiques, et la création d'organisations thérapeutiques. La dimension de l'environnement externe comprend un seul thème, à savoir la création d'espaces thérapeutiques. La figure 2 illustre ces dimensions, thèmes et sous-thèmes qui sont décrits dans les sections suivantes.

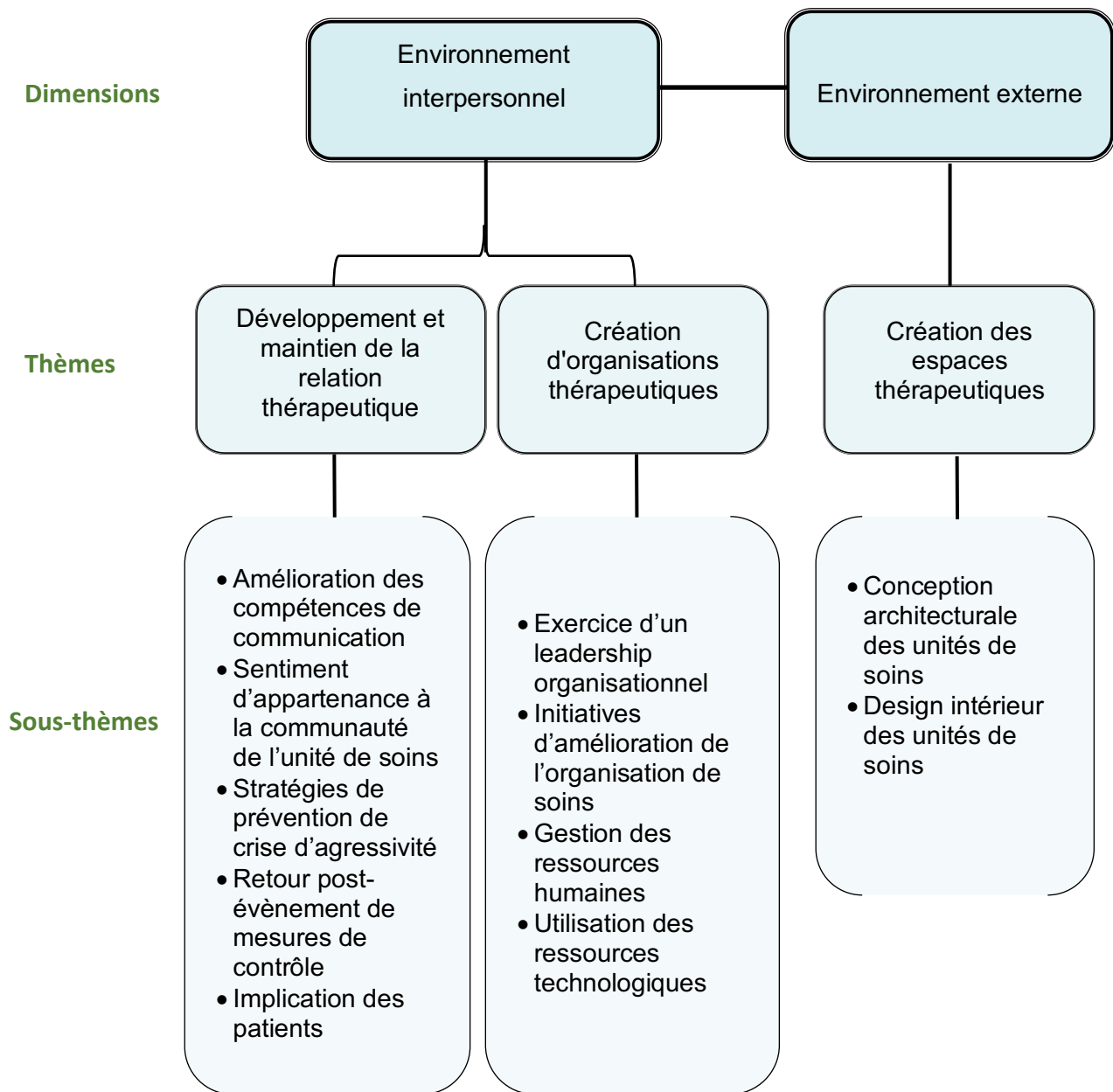


Figure 3. – Thèmes de l'environnement interpersonnel et de l'environnement externe associés à une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.

4.2.1 Environnement interpersonnel

Dans le cadre conceptuel ETO, l'environnement interpersonnel fait référence aux relations thérapeutiques de nature personnelle, familiale, professionnelle et organisationnelle, stimulant les capacités de récupération et de bien-être du patient (Rakel et al. , 2018). Cette dimension de l'environnement est constituée de deux thèmes : le développement et le maintien de la relation thérapeutique, et la création d'organisations thérapeutiques. Ils englobent respectivement les éléments du corpus qui sont associés aux relations personnelles, professionnelles et organisationnelles qui ont montré un lien avec l'utilisation des mesures de contrôle.

4.2.1.1 Développement et maintien de la relation thérapeutique

Les données qui se rattachent au développement et de maintien de la relation thérapeutique concernent l'amélioration des compétences de communication du personnel soignant, le sentiment d'appartenance à la communauté de l'unité de soins, les stratégies de prévention de crise d'agressivité et le retour post-événement de mesures de contrôle.

Amélioration des compétences de communication du personnel soignant

Le développement des compétences de communication constitue un élément central dans cinq écrits inclus dans la présente revue. Le but visé par l'utilisation d'une bonne communication est d'amener le personnel soignant à développer une relation thérapeutique avec les patients (Ye et al. , 2021). Dans l'étude de Aremu et al. (2018), les compétences de communication visées sont : l'écoute active des patients, la considération de possibilité de traumatisme lors de l'utilisation antérieure de mesures de contrôle et la création de conversations axées sur la recherche de solutions aux problèmes qui sont à l'origine des comportements agressifs. Le résultat attendu du personnel à la mobilisation de ces compétences est son habileté à engager les patients dans un processus d'amélioration des capacités d'adaptation aux situations difficiles permettant ainsi de limiter le recours aux mesures de contrôle (Aremu et al., 2018). Ces auteurs ont constaté une diminution de l'utilisation de la contention chimique et une amélioration du sentiment de compétence du personnel en lien avec la gestion des situations d'agressivité. Pour leur part, dans leur étude s'étant déroulée dans 12 unités de soins psychiatriques, Ye et al. (2021) ont visé le

développement des compétences de communication du personnel à travers l'identification des facteurs de risque et l'entraînement sur la communication spécifique avec une personne agressive. Cette intervention fait partie d'un programme d'éducation du personnel qui a montré une diminution de la fréquence et de la durée de l'utilisation de la contention physique (Ye et al., 2021).

Dans une perspective de réduction des conflits qui peuvent mener à des mesures de contrôle, Lickiewicz et al. (2021) ont mesuré l'efficacité de trois interventions liées au développement des compétences de communication du personnel soignant d'un hôpital psychiatrique polonais. Les interventions ciblées sont : l'utilisation des propos positifs, la clarification des ententes mutuelles avec les patients, ainsi que leur réassurance lors de l'exploration des raisons d'inconfort (Lickiewicz et al., 2021). Les auteurs ont constaté une amélioration de la communication entre le personnel et les patients, ainsi qu'une réduction significative de 24% de l'utilisation des contentions.

Sentiment d'appartenance à la communauté de l'unité de soins

Le sentiment d'appartenance des patients à la communauté de l'unité de soins est défini par leur expérience subjective de faire partie de cette communauté et leur sentiment qu'ils comptent pour ses membres qui incluent autant leurs pairs que le personnel soignant (Puzzo et al., 2019). Selon McMillan (1986), le sentiment d'appartenance à une communauté favorise la satisfaction envers cette communauté et l'amélioration des relations interpersonnelles avec ses membres. Il incombe de mentionner que la perception de satisfaction des besoins d'une personne dans une communauté est un des éléments centraux qui façonne le sentiment d'appartenance à cette communauté (McMillan, 1986). Les données rattachées à ce sous-thème impliquent donc principalement les perceptions des patients en lien avec leur expérience d'utilisation des mesures de contrôle ainsi que quelques données de mesure du sentiment d'appartenance à la communauté de l'unité de soins. Dans une revue systématique sur les facteurs qui influencent l'expérience subjective des patients en relation avec l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale, Aguilera-Serrano et al. (2018) rapportent que le respect de la dignité du patient, son traitement avec humanisme et équité et l'empathie du personnel soignant améliorent cette expérience (Aguilera-Serrano et al., 2018). Les auteurs rapportent également que dans certains

écrits, les patients se sentent punis et se sont décrits comme des patients abandonnés, humiliés et seuls durant leur expérience de la coercition. Dans le même ordre d'idées, Tingleff et al. (2017) affirment que durant cette expérience, les patients se sentent soumis au contrôle du personnel soignant parmi lesquels certains présenteraient un manque d'empathie et une ignorance de leurs besoins fondamentaux.

Une étude réalisée par Puzzo et al. (2019) s'est penchée sur la mesure du sentiment d'appartenance à la communauté de l'unité dans six unités d'un hôpital psychiatrique anglais. Cette étude a montré que le faible sentiment d'appartenance à la communauté de l'unité prédit les incidents d'agressions du personnel par les patients. L'étude a montré aussi qu'il est associé au climat social de l'unité, mais qu'il n'est pas associé à la durée de l'isolement des patients agressifs (Puzzo et al., 2019). Cette absence d'association avec l'isolement a été expliquée par les auteurs par les données d'études antérieures postulant que pour le personnel et les patients, c'est l'acte même de la contrainte et du placement du patient en isolement qui cause le plus de détresse à tous les membres de la communauté. On pourrait alors s'attendre à ce qu'une fréquence élevée de mise en isolement pour un patient soit plus dommageable pour le sentiment d'appartenance à la communauté que le temps passé en isolement (Puzzo et al., 2019).

Stratégies de prévention des crises d'agressivité

Les stratégies de prévention des crises d'agressivité réfèrent aux interventions du personnel pour réduire la manifestation des comportements agressifs dans le but d'éviter le recours à l'utilisation des mesures de contrôle. Selon Bowers et al. (2014), les crises d'agressivité des patients sont souvent liées aux interactions avec le personnel soignant. Dans quatre études, des stratégies visant la désescalade des patients agités ont été incluses dans des programmes qui ont démontré un impact positif sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Ces stratégies sont : l'application des plans d'interventions (Guzman-Parra et al., 2016); l'utilisation d'échelles de désescalade et d'outils rappelant les mesures alternatives aux mesures de contrôle (Newman et al., 2018); l'offre de nourriture ou de boisson, l'utilisation d'objets doux et l'aromathérapie (Dixon et Long, 2022); de même que l'utilisation d'une salle d'apaisement à faible stimulation (Duxbury, Baker, et al., 2019). Dans une étude qualitative visant à explorer l'expérience du personnel en

lien avec l'utilisation des mesures de contrôle, les auteurs rapportent que le retrait du patient vers un lieu calme pour diminuer les stimuli constitue la première intervention utilisée pour réduire l'agitation des patients (Corneau et al. , 2017). Dans une revue intégrative, Väkiparta et al. (2019) ont recensé les interventions utilisées pour contrôler l'agitation des patients et réduire l'utilisation de l'isolement et la contention mécanique en santé mentale. Ces auteurs affirment que la présence active du personnel dans l'environnement du patient agité, l'observation étroite de son comportement et l'utilisation de médication au besoin sont des interventions qui permettent la réduction du recours à l'isolement et à la contention mécanique.

Implication des patients

L'implication des patients dans la planification des traitements a été rapportée par Väkiparta et al. (2019) comme intervention visant la réduction de l'isolement et la contention mécanique. L'implication du patient au continuum de soins - de la gestion à la prestation des soins - a été qualifiée par Goulet et al. (2017) comme l'un des éléments clés prédominants dans les programmes d'interventions dont le but est la réduction de l'utilisation de l'isolement et des contentions. Les façons d'impliquer les patients et le niveau d'engagement diffèrent selon les études. Guzman-Parra et al. (2016) les ont impliqués via l'utilisation des plans d'interventions individualisés. Pour leur part, Lickiewicz et al. (2021) ont ciblé la détermination d'ententes mutuelles claires entre les patients et le personnel pour mieux circonscrire leur partenariat. Le retour post-événement constitue aussi une façon d'impliquer le patient dans les soins selon Väkiparta et al. (2019). Enfin, Aremu et al. (2018) ont testé une intervention de formation du personnel sur les stratégies d'engagement des patients en utilisant une approche de thérapie brève axée sur les solutions et ont rapporté une diminution nette du nombre de médicaments administrés au besoin par voie intramusculaire.

Le retour post-événement de mesures de contrôle

Le retour post-événement de mesures de contrôle correspond à l'intervention d'analyse de l'évènement et de verbalisation des émotions vécues par le patient et le personnel (Mangoail et al., 2020). Cette intervention a été recommandée par plusieurs auteurs comme moyen pour

réduire l'impact émotionnel de la mesure et restaurer ainsi la relation thérapeutique entre le patient et le personnel soignant (Aguilera-Serrano et al., 2018; Duxbury, Thomson, et al., 2019; Guzman-Parra et al., 2016). En effet, le partage réciproque des ressentis permet d'ouvrir un dialogue et de créer un lien de confiance plus fort encore, ce qui ouvre la discussion sur de nouvelles voies d'amélioration pour éviter de futurs événements (Goulet et al., 2018). Ceci est confirmé par le témoignage de patients qui affirment avoir eu du soutien pour le développement de nouvelles stratégies d'adaptation, quoi que, certains d'entre eux aient exprimé leur déception de ne pas avoir eu la chance de s'exprimer sur l'évènement (Hammervold et al., 2021). Également, le retour post-événement avec le patient contribue au sentiment d'épanouissement du personnel dans l'exercice de son rôle (Goulet et al., 2018). Lors de l'étude d'évaluation de cette intervention par ces derniers auteurs, ils ont constaté une diminution significative de l'utilisation de l'isolement (Goulet et al., 2018). Néanmoins, des obstacles à l'adoption systématique de l'intervention ont été soulevés, à savoir : le manque de temps, le manque de personnel et l'augmentation de l'intensité de soins des patients (Duxbury, Thomson, et al., 2019). En dépit de ceci, le retour post-événement est souvent inclus dans les programmes de réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention, tel que recensé dans la revue systématique des écrits réalisées par Goulet et al. (2017) et Mangaoil et al. (2020).

En résumé, cette section expose les éléments de l'environnement interpersonnel associés aux mesures de contrôle et qui sont spécifiques au développement et au maintien de la relation thérapeutique entre le patient et le personnel soignant. Nous constatons que le développement et le maintien de cette relation sont tributaires de la mobilisation des compétences de communication du personnel et du sentiment d'appartenance des patients à la communauté de l'unité de soins. Ce sentiment d'appartenance à la communauté est façonné par leur expérience d'exposition aux mesures de contrôle. Également, nous notons que l'utilisation de différentes stratégies de prévention de crise d'agressivité limitant le recours aux mesures de contrôle, ainsi que l'utilisation du retour post-événement de mesures de contrôle sont des éléments qui préservent et restaurent la relation thérapeutique entre le personnel et les patients.

4.2.1.2 Création d'organisations thérapeutiques

Dans le modèle ETO, la création d'organisations thérapeutiques implique les relations entre les patients et les organisations de santé qui fournissent les structures, les processus et les ressources favorisant leur santé et bien-être (Rakel, 2018). Dans un contexte de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle, elle réfère au leadership organisationnel et aux initiatives entreprises à cet effet. L'ensemble des données qui s'y rapportent sont organisées en cinq sous-thème présentés ci-dessous.

Exercice d'un leadership organisationnel

Le leadership organisationnel réfère ici à la mobilisation de l'organisation pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle chez les patients hospitalisés en santé mentale. Selon une revue systématique, le leadership constitue un élément central des programmes de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle (Goulet et al., 2017). En effet, de nombreuses études ont rapporté la mobilisation de l'organisation pour offrir à leurs patients une prise en charge moins contraignante (Aremu et al., 2018; Beaglehole et al., 2017; Dike et al., 2021; Dixon et Long, 2022; Duxbury, Baker, et al., 2019; Duxbury, Thomson, et al., 2019; Hochstrasser et al., 2018; McKeown et al., 2019; Newman et al., 2018). Ce leadership est exercé par des actions souvent rattachées à un contexte d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, telles que : l'adoption de politique de déverrouillage des portes de services préalablement fermés (Beaglehole et al., 2017; Hochstrasser et al., 2018), l'adoption de protocoles d'utilisation des mesures de contrôle (Guzman-Parra et al., 2016; Väkiparta et al., 2019); l'utilisation de la fréquence et la durée d'une mesure de contrôle comme indicateur de qualité (Guzman-Parra et al., 2016); et l'exploitation des données permettant d'alimenter la réflexion sur la pratique coercitive et la détermination subséquente d'objectifs d'amélioration (Duxbury, Thomson, et al., 2019; Newman et al., 2018; Väkiparta et al., 2019). D'autres actions témoignant de l'exercice de leadership organisationnel sont rapportées par Dike et al. (2021), à savoir, la création d'équipes dédiées aux projets d'amélioration de la qualité, la formation de comités directeurs et de comités consultatifs, ainsi

que la nomination de responsables représentant différents professionnels, patients et cadres supérieurs de l'organisation.

En raison de l'intégration du leadership organisationnel à l'utilisation d'un ensemble d'interventions, il est difficile de rapporter l'impact spécifique de cet élément sur l'utilisation des mesures de contrôle. Néanmoins, dans l'étude qualitative de Duxbury et al. (2019), les auteurs rapportent que le personnel participant a affirmé avoir une expérience positive en reconnaissant la volonté de changement organisationnel et l'implication visible de la haute direction, ce qui a été considéré comme une clé de la réussite vers une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.

Initiatives d'amélioration de l'organisation de soins

L'organisation des soins réfère ici aux approches, modèles de soins ou programmes d'interventions adoptés par les organisations dans un contexte d'utilisation des mesures de contrôle. Dans les écrits inclus, neuf projets d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ont visé des interventions liées à l'organisation des soins pour offrir des milieux d'hospitalisation moins restrictifs. Ces interventions se résument essentiellement dans l'adoption de modèles ou d'approches de soins spécifiques. Notamment, on cite : l'approche axée sur les solutions pour engager les patients et le personnel dans un processus de résolution de problème à l'origine de l'agressivité (Aremu et al., 2018; Ye et al., 2021); l'approche tenant compte des traumatismes afin d'instaurer un cadre de traitement qui reconnaît l'effet traumatisant des mesures de contrôle (Aremu et al., 2018; Dixon et Long, 2022; Duxbury, Baker, et al., 2019; Duxbury, Thomson, et al., 2019; Newman et al., 2018); l'approche centrée sur le patient et orientée vers le rétablissement (Goulet et al., 2017; Hochstrasser et al., 2018; Väkiparta et al., 2019); et finalement l'approche de partenariat avec les patients pour minimiser l'usage des mesures de contrôle (McKeown et al., 2019). Ces approches ont été souvent opérationnalisées dans les interventions constituant des programmes ou modèles de soins tels que le programme de désescalade *De-escalate Anyone, Anywhere, Anytime* (Dixon et Long, 2022); le modèle *Safewards* (Lickiewicz et al., 2021; Mullen et al., 2022); le modèle d'utilisation des soins intensifs (Van Melle et al., 2020); et finalement les programmes basés sur le modèle *Six Core Strategies* (Duxbury, Baker, et al., 2019;

Duxbury, Thomson, et al., 2019; Guzman-Parra et al., 2016; McKeown et al., 2019; Newman et al., 2018).

Gestion des ressources humaines

Les données qui se rapportent à la gestion des ressources humaines sont reliées à l'effectif et aux caractéristiques des équipes de soins, aux tâches du personnel soignant, ainsi qu'au développement de ces équipes.

La relation entre l'effectif du personnel soignant et l'utilisation des mesures de contrôle a été rapportée dans quatre écrits inclus dans la présente revue. En effet, Väkiparta et al. (2019) affirment dans une revue intégrative des écrits qu'un ratio personnel/patients élevé est une intervention utilisée pour limiter le recours à l'isolement et la contention mécanique. En effet, un ratio élevé augmente la disponibilité du personnel pour répondre aux besoins des patients (Väkiparta et al., 2019). Dans le même ordre d'idées, Duxbury, Baker, et al. (2019) ont augmenté le temps de disponibilité d'une infirmière de l'équipe pour passer une longue période de temps avec les patients, dans le but de favoriser l'implantation du programme *Restrain Your Self* visant à réduire le recours à la contention physique. De même, Beaglehole et al. (2017) ont accompagné une intervention de changement de structure d'une unité psychiatrique par une augmentation de l'effectif infirmier. Toutefois, puisque ces deux études évaluent les résultats de plusieurs interventions à la fois, il est difficile d'attribuer les résultats positifs de réduction du recours à la contention physique ou à l'isolement seulement au changement de la disponibilité ou de l'effectif infirmier.

Dans une étude qualitative, McKeown et al. (2019) ont exploré les points de vue du personnel et des patients sur la question de la dotation du personnel et de sa relation avec les soins prodigués aux patients dans une perspective de réduction de l'utilisation de la contention physique. Ces auteurs rapportent que les patients affirment que le manque d'effectif de personnel affecte négativement la réponse à leurs besoins. Le personnel, quant à lui, souligne que leur faible effectif affecte directement la gestion des comportements agressifs à cause de l'utilisation de pratiques plus réactives que préventives dans la gestion des comportements agressifs, ce qui mène au recours à la contention physique et affecte la relation thérapeutique avec les patients (McKeown

et al., 2019). L'utilisation de la main-d'œuvre temporaire pour combler le manque d'effectif ne constituerait pas une bonne stratégie selon les membres du personnel (McKeown et al., 2019). Ils ont justifié cette position par leur engagement restreint avec les patients et les lacunes de connaissances souvent constatées chez ce type de main-d'œuvre, ce qui influence négativement la gestion des comportements agressifs et rend difficile la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle (McKeown et al., 2019).

Les caractéristiques des équipes de soins et leur association avec l'utilisation des mesures de contrôle sont rapportées dans trois études. L'étude phénoménologique de Corneau et al. (2017) a porté sur l'exploration de l'expérience du personnel infirmier en santé mentale en matière de contention mécanique. Dans cette étude, le personnel infirmier rapporte que certaines équipes utilisent la contention de façon plus prématurée que d'autres, en fonction des membres infirmiers présents. Les auteurs ajoutent également que la prise de décision de l'utilisation de la contention mécanique est difficile pour certains infirmiers, ce qui nécessite l'implication des gestionnaires pour diminuer la tension émotionnelle dans l'équipe (Corneau et al., 2017). L'importance de l'expérience du personnel infirmier a été également soulevée. Les auteurs rapportent que tant les participants novices qu'expérimentés perçoivent que les années d'expérience permettent d'acquérir une expertise dans l'identification des indices précurseurs de la violence, ainsi que dans la désescalade de celle-ci (Corneau et al., 2017). L'étude observationnelle de Camelot et al. (2020) a par ailleurs montré que la présence dans l'équipe du médecin du patient, d'hommes ou d'une infirmière spécialisée en santé mentale dans l'équipe de soins sont des paramètres significatifs pour cesser plus rapidement un épisode d'isolement (Camelot et al., 2020). Par contre, selon ces mêmes auteurs, la présence d'internes en médecine, souvent présents la fin de semaine, est associée à une plus longue durée d'isolement par crainte de responsabilité de levée d'une mesure initiée par un praticien senior.

Le développement du personnel à travers la formation a été discuté dans presque la moitié des écrits inclus (n=16), ce qui témoigne de son importance pour atteindre le but de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Selon Goulet et al. (2017), la formation figure parmi les six éléments fondamentaux des programmes de réduction de ces mesures. Effectivement, les travaux de Lickiewicz et al. (2021) et Mullen et al. (2022) témoignent de l'importance de la

formation dans la réussite des interventions du programme *Safewards*. Les sujets des formations données au personnel portent sur les moyens de prévention et de gestion de l'agressivité tels que : l'utilisation de la modulation sensorielle (Andersen et al. , 2017; Dike et al., 2021; Zimmermann, 2021); la communication (Aremu et al., 2018); la désescalade des crises d'agressivité, l'utilisation de mesures alternatives (Camelot et al., 2020; Dixon et Long, 2022; Duxbury,Baker, et al., 2019; Duxbury,Thomson, et al., 2019; Guzman-Parra et al., 2016; Hochstrasser et al., 2018; Newman et al., 2018; Väkiparta et al., 2019; Ye et al., 2021); et sur le retour post-événement (Goulet et al., 2018; Mangaoil et al., 2020).

En réponse au besoin de soutien de l'équipe d'une unité de santé mentale d'un hôpital australien, Whitecross et al. (2020) ont développé une équipe interdisciplinaire experte en prévention des comportements agressifs pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle. L'équipe interdisciplinaire a été formée de personnel spécialisé en soins infirmiers, en médecine, en psychologie, en travail social, en ergothérapie, en art-thérapie, en musicothérapie et en soutien par les pairs (Whitecross et al., 2020). L'intervention a permis une réduction statistiquement significative de l'utilisation de l'isolement et la contention physique six mois après son implantation (Whitecross et al., 2020).

Utilisation des ressources technologiques

L'analyse des écrits retenus n'a pas montré de données portant spécifiquement sur l'évaluation du rôle de la technologie dans la pratique des mesures de contrôle. En revanche, quelques écrits ont mentionné l'utilisation de ressources technologiques comme stratégie de soutien à la réussite de leurs interventions de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. En effet, la mise en œuvre d'interventions faisant partie d'un modèle a été soutenue par des sites web où le modèle et les outils facilitant son application sont décrits et mis à disposition au personnel de soins. On cite par exemple : le modèle *Safewards* (Lickiewicz et al., 2021), le modèle *Sanctuary* (Newman et al., 2018), et le modèle *REsTRAIN YOURSELF* (Duxbury,Thomson, et al., 2019). Également, le stockage des données sur l'utilisation des mesures de contrôle dans des bases de données dans un objectif d'amélioration de la qualité des services a été rapporté (Puzzo et al., 2019). Des outils numériques de description du comportement agressif du patient ont été utilisés pour le même

objectif (Newman et al., 2018). Finalement, l'usage d'un système d'alarme individuel, tel un bouton d'urgence, pour le personnel soignant a été rapporté comme moyen de soutien à la gestion des comportements agressifs des patients et à la prévention de leur mise en isolement (Väkiparta et al., 2019).

En somme, les résultats d'analyse rapportés dans cette section nous montrent que la création d'une organisation de santé qui soit thérapeutique pour les patients est influencée par plusieurs facteurs reliés à l'utilisation des mesures de contrôle. Le leadership organisationnel est le premier de ces facteurs dont la mobilisation favorise l'adhésion du personnel aux changements qui visent la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Un autre facteur favorable à l'atteinte de ce but est l'implantation de certaines approches de soins, de modèles et de programmes d'interventions. De même, l'utilisation des outils technologiques et l'implication des patients semblent être aussi favorables à la réduction des mesures de contrôle. Toutefois, l'effectif du personnel, les caractéristiques et le niveau de développement de ses membres demeurent un défi pour les organisations qui tentent de réduire l'utilisation des mesures de contrôle pour offrir un milieu de soins moins contraignant.

4.2.2 Environnement externe

Cette dimension de l'ETO correspond à l'environnement physique du patient et regroupe les éléments reliés à la création des espaces thérapeutiques du patient et à la durabilité écologique (Rakel, 2018). Cette dernière n'a été rapportée dans aucun des écrits de l'échantillon de la présente revue. Ainsi, un seul sous-thème a émergé de l'analyse thématique: la création d'espaces thérapeutiques pour le patient. Les données associées à l'utilisation des mesures de contrôle qui sont incluses dans ce sous-thème se rapportent à la conception architecturale des unités de soins et à leur design intérieur.

4.2.2.1 Conception architecturale des unités de soins

La conception architecturale correspond à la structure des unités de soins et des centres hospitaliers de façon générale. La relation entre des changements structuraux d'unités de soins et l'utilisation des mesures de contrôle a été rapportée dans sept écrits. L'impact de changements structuraux d'une unité de soins sur l'utilisation des mesures de contrôle a été étudié par

Beaglehole et al. (2017). Ces changements ont consisté en la reconfiguration de l'unité pour créer une zone de soins intensifs qui remplace les chambres d'isolement, en plus de l'ouverture de ses portes en tout temps (Beaglehole et al., 2017). Ces chercheurs ont affirmé qu'à la suite de ce changement, la moyenne mensuelle des heures d'isolement a baissé de 53 %. L'ouverture des portes des unités de soins préalablement fermées a été rapportée aussi comme intervention qui n'a pas entraîné d'augmentation du recours à l'isolement (Williams et Haeney, 2022); au contraire, elle a contribué à une réduction de cette mesure dans le cas de l'étude de (Hochstrasser et al., 2018). Pour leur part, Pettit et al. (2017) ont examiné l'association entre l'accès à une unité de soins intensifs et aux chambres d'isolement et l'utilisation de la mesure d'isolement dans huit hôpitaux psychiatriques anglais. Ces chercheurs ont constaté que la disponibilité d'une unité de soins intensifs est associée à une moindre utilisation de l'isolement et que lors de l'absence d'une chambre dédiée à cette mesure, le personnel met plus de temps et tolère un plus grand degré d'escalade des comportements avant de débiter une contention. À l'inverse, la disponibilité d'une chambre d'isolement serait liée à une acceptabilité élevée et une utilisation plus élevée de l'isolement et de la contention (Oostermeijer et al. , 2021; Pettit et al., 2017).

L'hospitalisation des patients dans des chambres individuelles en soins intensifs avec des salles de bain pour préserver l'intimité des patients est une intervention utilisée pour réduire le recours à l'isolement (Väkiparta et al., 2019). Également, Oostermeijer et al. (2021) rapportent que l'augmentation de l'espace des chambres et l'introduction de balcons a permis la réduction de l'utilisation de la contention. Ces mêmes auteurs rajoutent dans leur revue rapide des écrits que deux études ont montré une réduction de l'utilisation de l'isolement après le déménagement des patients dans de nouveaux bâtiments, alors qu'une autre étude n'a montré aucun impact avec un tel changement.

Dike et al. (2021) ont évalué l'effet de l'implantation d'un programme de réduction des mesures de contrôle dans 27 unités de soins d'un hôpital psychiatrique aux États-Unis. L'existence d'une salle d'apaisement dans la structure de chacune des unités a été décrite par les auteurs comme un espace destiné à permettre l'autogestion de l'agitation des patients et donc la prévention de l'utilisation des mesures de contrôle. L'ensemble du programme a induit 89% de réduction des heures annuelles de contentions. De même, dans leur revue rapide incluant 35 écrits,

Oostermeijer et al. (2021) ont décrit les salles d'apaisement comme un espace paisible pour utiliser des techniques de modulation sensorielle, permettant ainsi de réduire le recours aux mesures de contrôle. Toutefois, ces auteurs affirment que bien que leur utilisation soit un élément clé dans la réduction des mesures de contrôle, ce résultat ne peut être attribué seulement à l'usage de ces salles vu l'utilisation concomitante d'autres interventions. Oostermeijer et al. (2021) affirment également que la disponibilité d'autres espaces calmes, comme un jardin, une salle d'activités ou une zone de faible stimulation, a été rapporté dans les écrits comme mesure alternative efficace contre les mesures de contrôle.

4.2.2.2 Design intérieur des unités de soins

Le design intérieur des unités réfère ici aux aspects d'aménagement des espaces dans les unités de soins ou les centres hospitaliers en adaptant la lumière, les couleurs, le mobilier et tous les équipements afin de créer des lieux opérationnels, confortables et adaptés aux besoins des patients.

Oostermeijer et al. (2021) ont réalisé une revue rapide des écrits pour recenser les éléments de l'environnement physique qui permettent une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Ils rapportent que l'introduction de couleurs chaudes, de tapis, de plantes et de nouveaux meubles est associée à une réduction du recours à l'isolement et la contention. Le confort des chambres et du mobilier, la présence d'objets personnels et l'intimité sont des facteurs qui influencent l'expérience de mesures de contrôle vécue par les patients tel que rapporté par Aguilera-Serrano et al. (2018) dans leur revue systématique des écrits. En effet, les patients qui séjournent dans des chambres à plusieurs lits associent davantage l'isolement à une expérience positive (Aguilera-Serrano et al., 2018). Ces auteurs expliquent cette perception par le manque d'intimité et de confort vécus dans ce type de chambre, alors que la chambre d'isolement leur procure l'intimité souhaitée. Dans le même ordre d'idées, Oostermeijer et al. (2021) ont rapporté que le déménagement dans un nouveau bâtiment qualifié par les patients comme ayant plus d'intimité et une meilleure vue a permis une réduction de la fréquence et la durée de l'isolement. L'utilisation des salles aménagées pour l'utilisation des modalités sensorielles a été repérée dans certains écrits sous forme d'intervention individuelle (Andersen et al., 2017; Zimmermann, 2021)

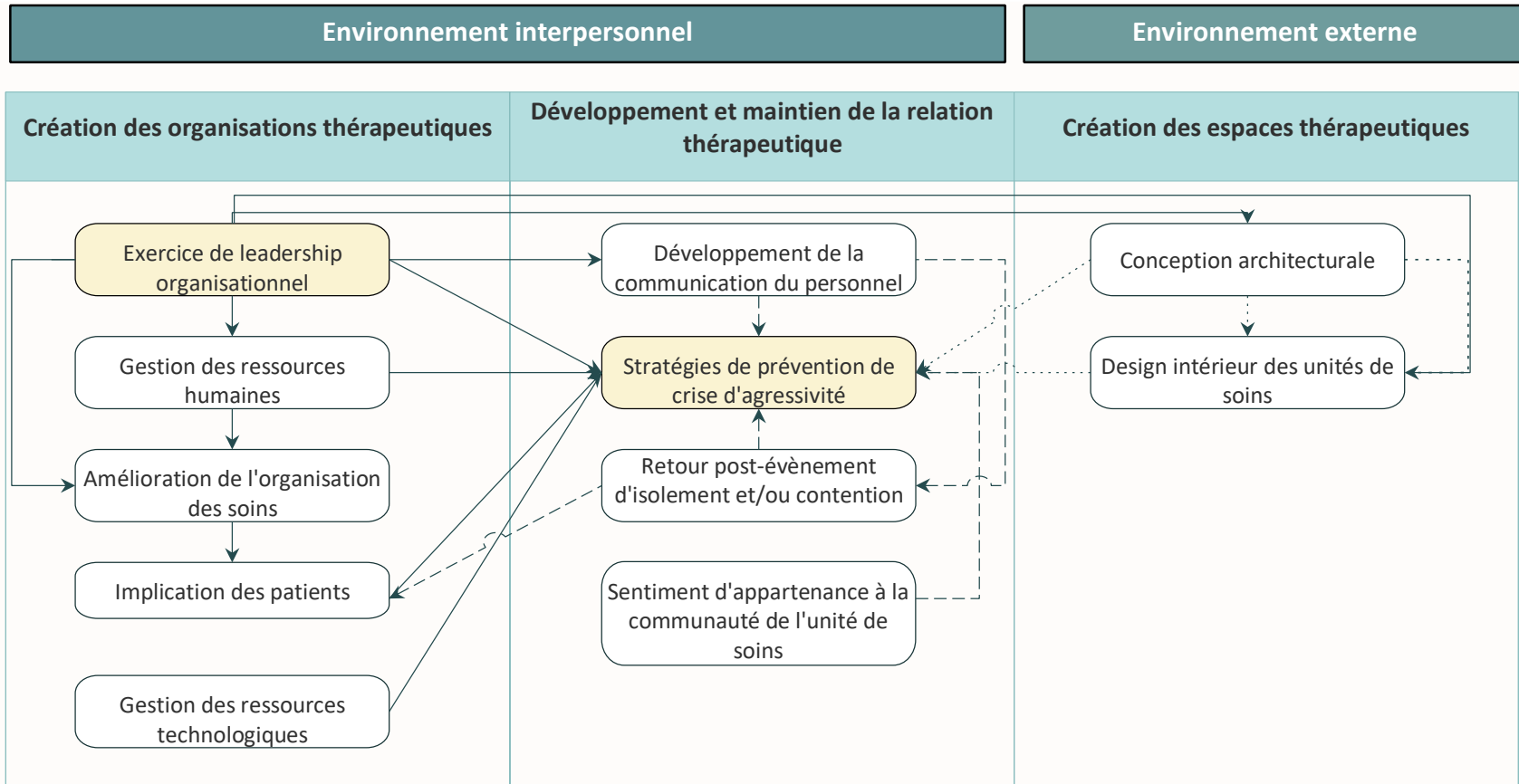
ou combinée à un programme de réduction des mesures de contrôle (Dike et al., 2021; Duxbury, Baker, et al., 2019). Cette intervention s'est montrée efficace pour réduire le recours aux contentions chimique et mécanique (Andersen et al., 2017; Zimmermann, 2021), de même que l'isolement (Zimmermann, 2021). Ces salles sont aménagées pour permettre l'entrée de la lumière naturelle et sont souvent dotées de fresques, de citations inspirantes sur les murs, de même que des tuiles de sol sensorielles avec du liquide coloré (Dike et al., 2021; Zimmermann, 2021). Elles incluent aussi des outils permettant aux patients d'utiliser diverses modalités sensorielles telles que des chaises berçantes, des fauteuils à billes, des balles anti-stress, du sable cinétique, des lecteurs de musique et des ballons thérapeutiques (Andersen et al., 2017; Dike et al., 2021; Zimmermann, 2021). La réduction de l'éclairage a été intégrée parmi les interventions sensorielles dans ces salles où la lumière est tamisée et où des outils à faible intensité d'éclairage comme les lampes au sel d'Himalaya sont utilisés (Dike et al., 2021; Zimmermann, 2021). Également, la réduction du bruit et la réduction de l'éclairage sur l'unité de soins ont fait partie d'un ensemble d'interventions sensorielles qui a montré une réduction significative de la durée d'utilisation de la contention physique dans l'étude de Yakov et al. (2018).

En somme, l'architecture de l'unité de soins et son aménagement intérieur ont un impact significatif sur l'utilisation des mesures de contrôle. La structure ouverte des unités de soins, l'inclusion de chambres individuelles plus spacieuses avec balcons, un jardin, un espace pour la modulation sensorielle, un accès à une salle d'apaisement, un espace pour les activités sont des facteurs qui permettent de réduire l'utilisation des mesures de contrôle. De même, un aménagement intérieur qui favorise une faible stimulation par le bruit, une faible densité populationnelle, une meilleure intimité ainsi qu'un éclairage optimal sont des facteurs qui favorisent la réduction d'utilisation de ces mesures. Il importe de mentionner que les éléments de l'architecture des unités et ceux de son aménagement sont reliés et souvent évalués ensemble dans les écrits.

4.3 Identification des facteurs réduisant l'utilisation des mesures de contrôle.

La présentation sous forme de dimensions, de thèmes et de sous-thèmes des principales données relatives à l'environnement interpersonnel et à l'environnement externe a impliqué les éléments qui ont un impact positif ou négatif sur l'utilisation des mesures de contrôle. Le but de la présente section est de synthétiser spécifiquement les éléments environnementaux qui ont eu un impact positif, donc une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Toutefois, il est difficile d'identifier l'impact spécifique de chaque élément puisque la majorité est testée sous forme d'interventions groupées en modèle ou programme visant la réduction des mesures de contrôle. Durant tout le processus d'analyse, les liens qui existent entre les facteurs de l'environnement interpersonnel et l'environnement externe ont été mis en évidence. Ces liens entre les facteurs reflètent aussi les relations entre les sous-thèmes qui les rassemblent. Ils sont représentés dans le tableau 2 pour mieux les visualiser. À partir de ce tableau, on peut constater que les sous-thèmes sur les stratégies de prévention des crises d'agressivité et celui sur l'exercice du leadership organisationnel sont des sous-thèmes centraux de par le nombre de liens qu'ils ont avec d'autres sous-thèmes. En effet, les stratégies de prévention de crise d'agressivité sont influencées par les compétences de communication du personnel soignant, par le retour post-événement qui vise à réduire la récurrence des crises, par l'exercice d'un leadership organisationnel, par les ressources humaines et technologiques disponibles, par l'implication du patient et son sentiment d'appartenance à la communauté de l'unité et par la conception architecturale et le design intérieur de l'unité de soins. L'exercice du leadership organisationnel, quant à lui, influence la conception architecturale des unités de soins, les stratégies de prévention des crises d'agressivité, la gestion des ressources humaines et l'amélioration de l'organisation des soins.

Tableau 2. – Principaux liens entre les différents sous-thèmes de l’environnement interpersonnel et externe.



Chapitre 5 – Discussion

Dans le présent chapitre, les principaux résultats relatifs aux thèmes associés à l'environnement interpersonnel et à l'environnement externe seront d'abord discutés. Ensuite, une réflexion sur le cadre de référence (ETO) utilisé pour l'étude sera présentée. Finalement, les forces de ce travail de recherche, ses limites, ainsi que ses implications pour les sciences infirmières seront abordées.

5.1 Discussion des principaux résultats

Les résultats principaux des thèmes suivants seront discutés ci-dessous : le développement et le maintien de la relation thérapeutique; la création d'organisations thérapeutiques et la création des espaces thérapeutiques.

5.1.1 Résultats relatifs au développement et au maintien d'une relation thérapeutique

Le développement et le maintien de la relation thérapeutique impliquent l'amélioration des compétences de communication, le sentiment d'appartenance à la communauté de l'unité de soins, l'implication du patient, les stratégies de prévention de crise d'agressivité et le retour post-événement de mesures de contrôle.

La relation thérapeutique

Aucune étude n'était spécifique à la mesure de l'effet de la qualité de la relation thérapeutique sur la réduction de l'utilisation des contentions ou l'isolement chez les adultes hospitalisés en santé mentale. Les écrits disponibles traitent davantage de l'impact de certains attributs de la relation thérapeutique ou encore de l'effet des mesures de contrôle sur cette relation. D'ailleurs, les sous-thèmes tels que le développement des compétences de communication, l'implication du patient, les stratégies de prévention des crises d'agressivité et le retour post-événement sont cohérents avec les résultats de l'analyse de concept de la relation thérapeutique qui a été réalisée par Zugai et al. (2015). En effet, ces auteurs affirment que dans un contexte de soins infirmiers en

santé mentale, la relation thérapeutique se caractérise par trois attributs : le partenariat, être axé sur le patient (*consumer focus*) et *l'empowerment*. Le partenariat est représenté par l'égalité, l'accord mutuel, la collaboration et l'engagement interpersonnel. Être axé sur le patient réfère à l'unicité du patient et au fait de se centrer sur ses besoins et préférences. *L'empowerment* fait référence à la reprise de pouvoir du patient face à sa santé et son bien-être pour cheminer dans son rétablissement, avec l'accompagnement de l'infirmière (Zugai et al., 2015). Dans nos résultats, les cinq sous-thèmes définissant le développement et maintien de la relation thérapeutique dans un contexte de mesures de contrôle impliquent une approche de partenariat ayant le patient au centre de ses intérêts. Ce partenariat est axé sur l'établissement d'objectifs mutuels par l'infirmière et le patient, de même que sur les interventions à promouvoir pour les atteindre et favoriser ainsi son *empowerment*. Durant ce processus, l'infirmière accompagne le patient pour retrouver le contrôle de ses comportements agressifs et pour résoudre les conflits pouvant mener à l'utilisation des mesures de contrôle. Ceci implique, en conséquence, que l'infirmière soit habilitée à soutenir le patient et à promouvoir son engagement dans un processus d'amélioration de ses capacités d'adaptation aux situations difficiles ce qui serait en faveur de la réduction des conflits et de la coercition.

La communication

Il existe un consensus dans les écrits sur l'importance de la communication dans un contexte d'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale. En effet, des compétences de communication adéquates constituent un acquis fondamental pour engager le patient dans ce processus. Nos résultats indiquent que l'infirmière doit être rassurante et doit faire preuve d'écoute active des besoins du patient pour pouvoir le mobiliser et l'engager dans une approche de résolution de problèmes à l'origine des conflits et prévenir ainsi l'utilisation des mesures de contrôle. L'écoute inadéquate et les stratégies non centrées sur les besoins spécifiques du patient sont associées aux comportements agressifs qui peuvent mener à des mesures de contrôle (Fletcher et al. , 2021). Dans ses conversations avec le patient, l'infirmière devrait aussi considérer la possibilité que le patient pourrait avoir vécu un traumatisme relié à l'utilisation des mesures de contrôle dans le passé. Ce traumatisme pourrait être revécu si le patient pense que la gestion

d'un conflit pourrait mener aux mesures de contrôle. En effet, une revue systématique des écrits réalisées par Chieze et al. (2019) a révélé que l'estimation de l'incidence du trouble de stress post-traumatique après l'utilisation des mesures de contrôle varie de 25 % à 47 %. En outre, dans une étude australienne multicentrique qui a exploré les points de vue de 66 patients et proches sur les obstacles de la réduction des mesures de contrôle, les participants ont révélé que ce traumatisme affecte ultérieurement le rétablissement de la personne (Brophy et al. , 2015). Par ailleurs, la compréhension du traumatisme causé par l'utilisation des mesures de contrôle a été rapportée aidante pour le personnel soignant pour améliorer leurs attitudes, leurs comportements et leur engagement avec le patient (Duxbury, Thomson, et al., 2019).

Prévention des crises d'agressivité

En soins infirmiers psychiatriques, les mesures de contrôle sont utilisées principalement pour réduire les risques causés par la violence des patients (Asikainen et al. , 2020). Dans l'intention d'en réduire le recours, tout en s'assurant d'avoir un environnement de soins sécuritaire, diverses équipes de recherche se sont penchées sur la question de la prévention des crises d'agressivité. En effet, nos résultats montrent l'utilisation efficace de plusieurs stratégies qui se résument principalement dans l'usage d'outils cliniques et de modalités sensorielles, le retrait du patient d'un environnement stimulant, la présence active du personnel soignant observant les comportements du patient agité, et finalement, l'utilisation de la médication au besoin. Les outils d'évaluation du risque de violence, les plans d'intervention et ceux qui rappellent les mesures alternatives spécifiques au patient qui présente un potentiel de violence sont des exemples d'outils cliniques bénéfiques pour la prévention des crises. Ils facilitent la détection précoce de la détérioration du comportement du patient, ce qui favorise l'intervention rapide pour l'aider à les gérer. En effets, ces outils conçus avec l'implication du patient contiennent des informations sur les déclencheurs des comportements agressifs du patient, les signes avant-coureurs de la crise, ainsi que les interventions d'apaisement à lui offrir lors de l'apparition de ces signes (Duxbury, Baker, et al., 2019). Il arrive que ces outils comprennent aussi de l'information sur les antécédents des comportements agressifs du patient (Putkonen et al. , 2013). L'implication du patient dans la planification de la prévention de crise favoriserait son engagement et son autonomie dans la

gestion de ses comportements. De plus, l'observation du patient par le personnel permet à ce dernier de l'aider à mieux cerner les déclencheurs et les signes avant-coureurs de la crise qui sont à consigner dans le plan d'intervention pour la gestion de crise (Corneau et al., 2017; Dike et al., 2021).

L'élaboration d'un plan spécifique à un patient est une pratique collaborative qui s'inscrit dans une approche de partenariat permettant de prioriser les interventions qui respectent ses besoins et ses valeurs et, par le fait même, d'augmenter son adhésion au plan. L'établissement d'un partenariat de soins se base sur le principe d'accompagnement progressif du patient pour faire des choix éclairés et sur la valeur ajoutée de son expérience pour améliorer la qualité des soins qu'il reçoit (Flora et al., 2015). Les patients impliqués dans des partenariats de soins développent un sentiment d'appartenance à l'équipe de soins, voient augmenter leur estime de soi, ainsi que leur sentiment d'utilité (Flora et al., 2015). En revanche, dans une étude qualitative qui s'est intéressée à l'expérience de 50 patients en lien avec leur expérience des mesures de contrôle, les participants ont affirmé qu'une participation insuffisante à la planification des traitements nuit au développement d'une bonne relation thérapeutique (Lawrence et al., 2019). Ce résultat est compréhensible puisque le partenariat est un attribut de la relation thérapeutique entre l'infirmière en santé mentale et le patient (Zugai et al., 2015). C'est d'ailleurs en raison de ses bénéfices empiriquement démontrés que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a produit en 2018 un cadre de référence pour promouvoir l'approche de partenariat dans les établissements en santé en accordant une priorisation aux services de santé mentale (MSSS, 2018).

Retour post-événement

Dans l'éventualité où les stratégies de prévention de crise de violence ne soient pas efficaces et que des mesures de contrôle aient été utilisées, un retour post-événement est fortement recommandé dans les écrits. Nos résultats sur le retour post-événement comme sous-thème de la relation thérapeutique infirmière patient vont aussi dans cette voie. En effet, le retour post-événement constitue un espace de discussion entre l'infirmière et le patient pour échanger sur le vécu émotionnel de chacun, leurs perceptions par rapport aux mesures coercitives utilisées, les

déclencheurs de l'évènement, de même que les stratégies à mobiliser pour prévenir la récurrence des évènements (Asikainen et al. , 2023; Goulet et al., 2018; Mangaoil et al., 2020). La littérature suggère qu'un retour post évènement soit composé de 1) une analyse des antécédents, des déclencheurs et des conséquences de l'évènement en lien avec les comportements du patient et du personnel soignant; 2) une éducation basée sur les besoins individuels mis en évidence par l'analyse des comportements et surtout la clarification des indications de recours aux mesures utilisées et 3) la recherche collaborative de solutions aux problématiques soulevées lors de l'analyse comportementale et l'ajustement du plan d'intervention du patient (Sutton et al. , 2014). Ces auteurs recommandent aux infirmières de développer de bonnes compétences de communication thérapeutique et de faire de l'enseignement au patient sur les avantages du retour post-évènement pour favoriser sa collaboration aux soins. En plus de représenter un mécanisme de prévention des évènements futurs, le retour post-évènement constitue un moyen de restauration de la relation thérapeutique détériorée par l'utilisation des mesures de contrôle (Aguilera-Serrano et al., 2018; Duxbury,Thomson, et al., 2019). Il s'agit donc d'un élément transversal qui touche à la fois aux stratégies de prévention de la récurrence des crises d'agressivité et aux compétences de communication du personnel soignant.

Limites de développement d'une relation thérapeutique

Certaines limites à l'établissement d'une relation thérapeutique dans un contexte hospitalier en santé mentale ont été traitées dans la littérature. Dans une revue narrative s'appuyant sur 48 écrits, Moreno-Poyato et al. (2016) ont étudié la signification de la relation thérapeutique entre les infirmières et les patients dans un hôpital psychiatrique. Ils postulent que le manque de temps, le sentiment d'insécurité relié à la peur des agressions, de même que la prédominance de la coercition et le contrôle des patients dans le quotidien, sont des facteurs qui limitent l'établissement de la relation thérapeutique infirmière-patient. Ces facteurs affectent aussi la motivation des infirmières et leur procurent un sentiment de jouer davantage un rôle de contrôle social que de pratique infirmière. Elles affirment qu'elles éprouvent de la difficulté à respecter les lignes directrices et les codes de conduite de leur profession dans un contexte coercitif (Moreno-Poyato et al., 2016). Par conséquent, il est primordial que les organisations de santé se mobilisent

pour remédier à ces facteurs et offrir un environnement de soins favorable au développement de la relation thérapeutique et à une meilleure expérience des patients.

5.1.2 Résultats relatifs à la création des organisations thérapeutiques

La création des organisations thérapeutiques est représentée dans nos résultats par l'exercice du leadership organisationnel, les initiatives d'amélioration de l'organisation des soins, ainsi que la gestion des ressources humaines et des ressources technologiques.

Le leadership organisationnel

Malgré la rareté des écrits qui évaluent l'impact spécifique du leadership organisationnel des établissements de santé sur le recours aux mesures de contrôle, la majorité des écrits le présente comme condition préalable à la création d'organisations thérapeutiques (Väkiparta et al., 2019). Dans une étude quasi expérimentale réalisée dans 44 unités de soins, Haines-Delmont et al. (2022) ont montré que l'implantation élargie à l'échelle de toute l'organisation d'un modèle de réduction des mesures de contrôle a permis de réduire l'utilisation de la contention physique, de même que l'incidence des agressions. Ces auteurs recommandent aux organisations de santé d'être proactives dans les processus d'amélioration de la qualité des soins en collectant systématiquement les données reliées à l'utilisation des mesures de contrôle et aux incidents d'agressions. Spécifiquement, ils recommandent la collecte des données sur les conséquences physiques et psychologiques des mesures de contrôle incluant l'impact traumatique sur le patient et le personnel, la satisfaction par rapport aux soins, l'absentéisme du personnel et sa satisfaction au travail. Il ressort dans nos résultats que le leadership organisationnel est souvent opérationnalisé à travers des actions reliées à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour offrir des milieux de soins de qualité et moins coercitifs. Le processus régulier d'accréditation des établissements de santé québécois en constitue un exemple. En effet, au Québec, dans le cadre du processus d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins, les établissements de santé ont l'obligation d'obtenir l'agrément de leurs services par un organisme reconnu aux quatre ans (MSSS, 2011). Le sondage de la satisfaction des patients à l'égard des soins et l'exploration de leur expérience vécue en santé mentale font partie du

programme d'accréditation. Il permet aux patients et à leurs proches de donner leurs avis, entre autres, sur le respect de leurs droits, leur soutien émotionnel par le personnel et leur implication dans les soins (Dubé-Linteau, 2017). Toutefois, ce sondage ne cible pas directement l'exploration de l'expérience d'utilisation des mesures de contrôle ce qui limite la connaissance de l'impact psychologique de ces mesures sur les patients.

Une étude phénoménologique de l'expérience des gestionnaires qui ont participé à la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle dans deux hôpitaux de santé mentale a été réalisée par Huckshorn (2014). L'étude a révélé que le leadership joue un rôle critique dans les projets réussis où les leaders et le personnel soignant doivent se doter d'une vision commune claire et performante pour orienter les changements dans la pratique clinique et soutenir les changements de croyances et de comportements nécessaires pour réduire le recours aux mesures de contrôle. Dans le même ordre d'idées, Dike et al. (2021) ont basé l'implantation d'un programme de 11 interventions cliniques pour réduire l'isolement et la contention sur le principe de leadership organisationnel ce qui a favorisé le soutien et la communication entre les différentes instances impliquées en faveur de l'atteinte d'un but commun. Dans cette étude, le leadership organisationnel s'est manifesté par l'implication des différentes catégories de professionnels touchés par la problématique des mesures de contrôle, la création de comités spécifiques en y incluant des personnes de différents niveaux hiérarchiques de l'organisation. Également, dans l'étude de Duxbury, Thomson, et al. (2019), le personnel soignant a exprimé sa perception positive de l'implication de la haute direction dans le déploiement d'un programme d'interventions pour limiter la coercition, ce qu'ils ont considéré comme une volonté de changement organisationnel qui a joué un rôle clé dans la réussite du projet.

Au Québec, le gouvernement détient un leadership sur l'utilisation des mesures de contrôle dans les établissements de santé à travers l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux postulant que chaque établissement de santé a l'obligation d'adopter un protocole qui encadre l'application exceptionnelle de ces mesures selon des balises ministérielles (MSSS, 2015). Ce protocole inclut également la réalisation d'audits annuels par les établissements de santé et une reddition de compte au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2015). En effet,

le leadership organisationnel traduit par l'adoption d'un cadre réglementaire pour l'utilisation des mesures de contrôle a été rapporté dans les écrits (Guzman-Parra et al., 2016; Väkiparta et al., 2019). Au niveau local, les établissements de santé sont dotés de mécanismes de vigilance de la qualité et sécurité des soins qui leur permettent d'intervenir pour assurer une bonne application des protocoles d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. Ces mécanismes englobent un système de déclaration des incidents d'agressions et d'utilisation des mesures de contrôle, un système de plaintes pour les patients et leurs proches, des audits organisationnels obligatoires annuellement, de même que des mesures périodiques de la satisfaction des patients. À cet effet, un système de plaintes et la mesure de la satisfaction des patients sont des leviers proposés dans les écrits pour sensibiliser les milieux de soins et contribuer à l'amélioration de la qualité des soins en regard de l'utilisation des mesures de contrôle (Brophy et al., 2015; Højlund et al., 2018). Toutefois, la mesure de l'incidence annuelle des mesures de contrôle n'est pas systématique au Québec puisqu'aucun registre provincial n'est déployé et l'incidence demeure une mesure locale et tributaire des différents mécanismes d'un établissement à un autre. De même, les indicateurs de qualité à suivre sont déterminés au niveau de chaque établissement.

Recours aux programmes d'interventions multiples

Étant donné que la problématique des mesures de contrôle est multifactorielle, plusieurs organisations de santé ont tendance à adopter des interventions multiples sous forme de programmes. Nous constatons dans nos résultats que les organisations se tournent de plus en plus vers des programmes et des approches de soins centrées sur le patient, qui reconnaissent son vécu expérientiel et tiennent compte de ses objectifs et ses besoins. L'approche de rétablissement et les approches axées sur les solutions et reconnaissant le traumatisme en sont des exemples (Duxbury, Baker, et al., 2019; Goulet et al., 2017; Ye et al., 2021). Ces approches teintent les programmes déployés pour assurer une complémentarité d'interventions en réponse au caractère multifactoriel de la problématique (Goulet et Lessard-Deschênes, 2022). Nous constatons aussi que le recours à des améliorations au niveau des équipes de soins et l'effectif infirmier, de même que l'utilisation de certaines ressources technologiques sont des interventions qui ont été utilisées pour accompagner l'implantation de certains programmes.

Dotation du personnel soignant et utilisation des mesures de contrôle

Malgré l'attention considérable accordée dans la recherche à la question de l'effectif du personnel en lien avec les mesures de contrôle, les résultats demeurent difficilement concluants. Dans une étude exploratoire sur la question de la dotation, les patients participants ont exprimé que le manque d'effectif du personnel affecte négativement la réponse à leurs besoins, tandis que le personnel affirme que ceci affecte directement la gestion des comportements agressifs des patients (McKeown et al., 2019). En effet, O'Malley et al. (2007) ont rapporté une association entre un faible ratio personnel-patients et le recours aux mesures de contrôle. Bowers et Crowder (2012) ont évalué l'impact d'un niveau de dotation en effectif infirmier qualifié en santé mentale sur l'incidence des conflits avec les patients et l'utilisation des mesures de contrôle. L'étude a été réalisée dans 136 unités qui représentent 25% des unités psychiatriques en Angleterre. Les résultats ont révélé que les ratios infirmière-patients réguliers dans ces unités sont associés à une augmentation des incidents et des mesures de contrôle utilisées, mais ces mesures n'ont pas montré d'association à ce paramètre de ratios. Les auteurs rapportent aussi que l'augmentation des incidents et des mesures de contrôle conduit souvent les unités au déploiement de plus d'effectifs pour les réduire mais ceci entraîne l'effet inverse. Le même résultat d'association positive entre un effectif élevé et le recours à l'isolement et aux contentions a été rapporté par Fukasawa et al. (2018) dans leur étude réalisée dans 35 hôpitaux psychiatriques japonais. Les conclusions dans ces deux études selon lesquelles l'augmentation de l'effectif n'a pas contribué à la diminution des mesures de contrôle sont cohérentes avec celles d'autres études qui n'ont pas réussi à trouver une association entre ces deux paramètres dans plusieurs pays (Bak et al. , 2015; Khalil et al. , 2017; Kodal et al. , 2018). Un résultat intéressant émane de l'étude de Yang et al. (2014) sur la relation entre l'empathie du personnel infirmier et le recours aux mesures de contrôle chez les patients atteints de troubles mentaux. Leurs résultats indiquent qu'une variable de dotation du personnel infirmier, qui est le nombre d'infirmières présentes ayant une compétence d'empathie élevée, est associée significativement à une réduction durable de l'isolement et la contention. Par conséquent, ils recommandent aux organisations d'attirer et de retenir du personnel infirmier ayant une motivation empathique pour travailler en santé mentale,

ce qui permettrait d'engager les patients dans une relation thérapeutique respectueuse et bienveillante et réduire ainsi les agressions et le recours aux mesures de contrôle.

Recours aux ressources technologiques

Les résultats montrent que le recours des organisations aux ressources technologiques dans un contexte d'utilisation des mesures de contrôle se limite au soutien de la sécurité du personnel (ex. : systèmes d'alarme individuels) ou des programmes d'interventions multiples (ex. : sites web) (Duxbury, Thomson, et al., 2019; Newman et al., 2018; Puzzo et al., 2019; Väkiparta et al., 2019). L'absence de données sur l'impact des ressources technologiques sur l'utilisation des mesures de contrôle pourrait être expliquée par le fait que dans la littérature, les études ciblent particulièrement le lien entre la technologie et les comportements agressifs et non directement les mesures de contrôle. L'usage des téléphones intelligents pour la détection comportementale des patients (Ben-Zeev et al. , 2017), les applications numériques telles que l'application de pleine conscience *HeadSpace* pour réduire la colère et l'agressivité (Mistler et al. , 2017), la technologie de détection de mouvement et la vidéosurveillance (Tully et al. , 2015) sont des exemples d'interventions technologiques rapportées pour réduire les comportements agressifs des patients hospitalisés en santé mentale. Toutefois, l'utilisation des ressources technologiques soulèvent divers questionnements d'ordre éthique surtout en l'absence d'un cadre réglementaire spécifique à ces technologies qui ne constituent pas encore une norme (Torous et Roberts, 2017). Ces auteurs affirment que la confidentialité des informations cliniques du patient, de même que la tension entre les motivations commerciales de l'industrie de la technologie et les priorités de soins des patients en sont des exemples.

5.1.3 Résultats relatifs à la création des espaces thérapeutiques

La création des espaces thérapeutiques réfère principalement aux caractéristiques de conception architecturale et au design des unités de soins.

Conception architecturale des unités de soins

Les caractéristiques architecturales bénéfiques pour contribuer à la réduction des mesures de contrôle englobent les changements de structure des unités tels que l'introduction des soins intensifs, l'ouverture des unités préalablement fermées, et l'accès des patients à des chambres individuelles, à une salle d'apaisement, à un jardin ou un espace d'activité (Beaglehole et al., 2017; Duxbury, Baker, et al., 2019; Oostermeijer et al., 2021; Pettit et al., 2017; Williams et Haeney, 2022).

Le transfert des patients des unités régulières vers des unités de soins intensifs est considéré comme une alternative à l'utilisation des mesures de contrôle chez les patients qui présentent des comportements difficiles à gérer tel que la violence (Cullen et al. , 2018). Cependant, ce transfert est habituellement réalisé contre le gré du patient dans ces unités souvent fermées et dotées d'un ratio infirmière-patients élevé (Bowers et al. , 2008; Cullen et al., 2018). Ainsi, malgré que l'utilisation des unités de soins intensifs semble viser la réduction des comportements agressifs et les mesures de contrôle, elle demeure une autre forme de confinement plus acceptée par le personnel soignant que l'utilisation de chambre d'isolement (Bowers et al. , 2017). Ceci expliquerait probablement le résultat de Pettit et al. (2017) qui postule que la disponibilité d'une unité de soins intensifs est associée à une moindre utilisation de l'isolement. Également, l'absence d'une chambre d'isolement augmente aussi le recours au transfert des patients aux soins intensifs lorsque ces derniers sont disponibles, ce qui constitue en soi un isolement à aire ouverte (Bowers et al., 2017). Par ailleurs, Bowers et al. (2017) et Pettit et al. (2017) sont en accord sur la tolérance élevée du personnel aux comportements agressifs des patients et l'utilisation tardive des mesures de contrôle en l'absence de chambres d'isolement dans les unités de soins. Bowers et al. (2017) recommandent la prudence aux établissements de santé qui envisagent d'élargir l'accès aux soins intensifs, car il est difficile d'affirmer que ces services réduisent les comportements agressifs des patients agités. Ces auteurs les invitent donc à concentrer leurs efforts plutôt à la prévention de l'agressivité et à la gestion des conflits entre les patients et le personnel soignant.

De plus en plus d'études démontrent que l'ouverture des unités est associée à une réduction des comportements agressifs et des mesures de contrôle (Schneeberger et al. , 2017). Malgré que la raison de fermeture des unités demeure la recherche de sécurité pour les patients et le personnel soignant, des études ont montré que l'ouverture des portes d'unités n'a pas induit d'augmentation de congés non autorisés des patients, mais à l'inverse, certains chercheurs ont plutôt noté leur diminution (Huber et al. , 2016; Schneeberger et al., 2017). Efkekmann et al. (2019) ont réalisé une étude à devis mixte pour comparer les perceptions de 81 patients hospitalisés dans trois hôpitaux psychiatriques avec différents paramètres d'ouverture de portes des unités de soins. Les résultats de l'étude ont révélé que les patients perçoivent que les unités ouvertes sont plus sécuritaires et plus thérapeutiques que les unités fermées. Ils perçoivent aussi que l'ouverture des portes rend l'atmosphère plus thérapeutique et démontre du respect et de l'ouverture à la communication soignant-patient, alors qu'en milieu fermé la relation thérapeutique est affectée négativement à cause des tensions qui résultent de la pression des patients sur le personnel pour ouvrir les portes (Efkekmann et al., 2019). La mesure de la satisfaction des patients s'est montrée relativement indépendante de l'atmosphère du service, mais plutôt reliée aux soins tel que la disponibilité du personnel pour la conversation, d'activités pour les patients et de la psychothérapie qui accompagne le traitement pharmacologique (Efkekmann et al., 2019).

Design des unités de soins

Nos résultats ont montré que les caractéristiques du design des unités incluent l'éclairage approprié, l'exposition à la lumière du jour, la réduction du niveau de bruit, le confort et l'intimité des chambres, le confort des meubles, ainsi que la disponibilité des stratégies sensorielles (Aguilera-Serrano et al., 2018; Andersen et al., 2017; Oostermeijer et al., 2021; Zimmermann, 2021). Outre ces caractéristiques, le design des unités se rapporte habituellement aux aspects esthétiques qui favorisent le bien-être du patient tels que les œuvres d'art, les couleurs bien choisies, les motifs et les textures de matériaux utilisés dans son environnement (Radaman, 2016). Toutefois, nos résultats n'ont pas rapporté des données qui s'y réfèrent dans un contexte de mesures de contrôle.

Bien qu'il ne cible pas les mesures de contrôle en particulier dans sa revue de littérature, Radaman (2016) affirme que ces aspects esthétiques sont très importants dans un contexte d'hospitalisation en santé mentale pour leurs bienfaits psychologiques. Il affirme également que le patient atteint de troubles mentaux peut avoir du mal à voir dans l'ombre et peut avoir besoin d'un environnement plus lumineux que celui que l'on trouve dans une unité de soins en santé physique. Cet auteur recommande aux concepteurs d'unités de soins qui décident de l'architecture, des matériaux de surface et des revêtements muraux de favoriser un éclairage naturel et de prévoir un accès du patient aux commandes d'éclairage artificiel. Ils attirent leur attention aussi au fait que les couleurs, les motifs et les formes des murs, du sol et du plafond de l'unité influencent l'absorption et la réflexion du son et de la lumière ce qui peut se répercuter sur leurs émotions et leur bien-être (Radaman, 2016). Karlin et Zeiss (2006), quant à eux, affirment que les couleurs chaudes sont à éviter chez les patients agités car elles sont stimulantes. Par contre, les couleurs du bleu et ses nuances donnent souvent un effet apaisant ou sédatif, probablement en raison de leurs longueurs d'onde plus courtes; elles peuvent donc être particulièrement adaptées aux zones les plus calmes de l'unité (Karlin et Zeiss, 2006).

Somme toute, nous notons que la littérature recensée ici met en valeur une conception de l'environnement physique qui est axée sur le rétablissement et le bien-être des patients. Elle met aussi en valeur la disponibilité d'un espace thérapeutique qui permet la prévention des agressions et la réduction du stress à travers plusieurs caractéristiques architecturales et de design intérieur des unités de soins. Toutefois, certaines caractéristiques de design telle que les couleurs, la présence d'art et les motifs ne sont pas rapportées dans les écrits inclus dans cette revue de la portée. De futures recherches de leur impact sur l'utilisation des mesures de contrôle seraient pertinentes.

5.2 Réflexion sur le cadre de référence de l'étude

L'impact de l'environnement sur les résultats de soins des patients est reconnu depuis l'époque de Florence Nightingale. Cette dernière recommandait aux hôpitaux une organisation de l'environnement et un aménagement intérieur qui favorisent le rétablissement et la santé psychologique des patients (Hong, 2015). La théorie environnementale de Nightingale est

considérée comme un modèle représenté par le patient au centre, entouré d'aspects de l'environnement en équilibre (Zborowsky, 2014). Par conséquent, si cet équilibre est altéré, le patient subit un stress, et c'est à l'infirmière d'intervenir pour rééquilibrer l'environnement afin de réduire le stress du patient (Riegel et al. , 2021; Zborowsky, 2014). Ainsi, il est primordial que l'infirmière aie une bonne compréhension du concept d'environnement et des différentes composantes qui le construisent. Elle doit connaître aussi les différents facteurs reliés aux composantes de l'environnement qui influencent les résultats de soins et comprennent leurs interactions pour les maintenir en équilibre. Ainsi, dans un contexte promouvant la prévention et la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle, l'infirmière doit connaître les facteurs de l'environnement du patient dans l'unité de soins dont l'absence ou le déséquilibre causent un stress favorisant des troubles de comportements et crises d'agressivité. Pour ce faire, l'infirmière a besoin de baser sa connaissance de ces facteurs, de même que ses interventions, sur une représentation globale et claire des différentes dimensions de l'environnement. En dépit de la présence centrale du concept d'environnement dans la théorie de Nightingale et dans d'autres théories infirmières d'ailleurs (Pepin et al., 2017), il n'est pas représenté de façon globale pour pouvoir guider notre étude.

La structure de l'environnement telle que présentée par le modèle de l'ETO (environnement thérapeutique optimal) proposé par Jonas et al. (2014) répond à ce besoin. L'ETO présente l'environnement dans sa globalité sous forme de quatre dimensions, allant de l'environnement interne de l'individu à son environnement externe, passant par l'environnement interpersonnel et comportemental (Jonas et al., 2014). Ces environnements comprennent les lieux, les personnes, les processus et aussi les principes impliqués dans les soins du patient. Des facteurs liés à ces éléments sont rapportés dans les études portant sur la recherche des facteurs associés à l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale, sans être rattachés nécessairement à l'environnement du patient. De ce fait, l'utilisation de l'ETO comme cadre de référence pour réaliser notre revue de la portée a permis de rattacher les facteurs existants dans les écrits aux dimensions pertinentes de l'environnement du patient. Il importe de mentionner que les concepts clés de l'environnement interne ont été exclus de la recherche documentaire du fait que les facteurs rapportés dans les écrits et qui y sont associés, le sont aussi à l'environnement

comportemental. De même, pendant l'analyse, il a été constaté que les données sur les habitudes de vie et l'utilisation de soins intégratifs, composante de l'environnement comportemental, relèvent davantage de l'environnement interpersonnel à travers la création d'organisations thérapeutiques une fois contextualisées à l'utilisation des mesures de contrôle. Ainsi, l'utilisation de la représentation de l'environnement par trois des quatre dimensions de l'ETO nous permet de constater que les facteurs des dimensions de l'environnement interpersonnel et l'environnement externe, spécifiquement la création des espaces thérapeutiques sont les plus représentés dans les écrits disponibles les cinq dernières années.

Également, avoir une vue globale des facteurs qui existent dans les écrits en fonction des dimensions qui composent l'environnement du patient nous a facilité la réalisation de liens entre eux. Tel que présenté dans le tableau 2 au chapitre des résultats de ce mémoire, le constat de liens entre les facteurs ou des ensembles de facteurs nous permet de se rendre compte de l'importance de certains d'entre eux, tels que les stratégies de prévention des crises d'agressivité et le leadership organisationnel. Ainsi, ces ensembles de facteurs peuvent être ciblés par des interventions prioritaires pour prévenir ou réduire l'utilisation des mesures de contrôle.

Au niveau méthodologique, l'ETO s'est montré flexible au niveau des concepts qui composent chacune de ses dimensions et qui permettent l'ajout d'autres éléments pour contextualiser le modèle à la lumière de leurs descriptions (Jonas et al., 2014). Lors de l'analyse thématique, cette flexibilité nous a permis d'utiliser une technique mixte de thématization en tenant compte des codes émergents. Cette technique englobe une thématization déductive qui permet d'identifier les thèmes et sous-thème selon la hiérarchisation de chaque dimension de l'environnement et les concepts qui la composent, et une thématization inductive qui a permis d'ajouter de nouveaux sous-thèmes qui ont émergé des données et qui constituent donc de nouveaux concepts qui rendent le modèle plus spécifique à l'utilisation des mesures de contrôle. On peut citer, par exemple, les sous-thèmes de retour post-événement et d'utilisation des stratégies de prévention des crises d'agressivité qui se sont ajoutés à la dimension du développement et maintien de la relation thérapeutique de l'environnement interpersonnel du patient.

Finalement, le caractère global du cadre de référence de l'ETO représente certainement une richesse de cette étude. Toutefois, cette globalité constitue également une limite. Celle-ci réside dans la l'étendu de certains de ses concepts, ce qui conduit à un nombre élevé de résultats de recherche dans les bases de données, qui dépasse l'ampleur du présent mémoire de maitrise tel que mentionné dans le chapitre sur la méthodologie.

5.3 Forces de l'étude

Cette revue de la portée comprend plusieurs forces. Une de ces forces demeure l'utilisation du modèle ETO comme cadre de référence qui se caractérise par son aspect novateur tel que discuté dans la section précédente. La réalisation de la revue de la portée selon la méthodologie de Peters (2020) constitue une autre force. En effet, ces auteurs proposent un processus systématique, rigoureux et structuré pour réaliser ce type de revue. Ils offrent aussi une liste de contrôle pour s'assurer que le processus est bien suivi, laquelle a été complétée pour cette étude. Durant l'étape de sélection des écrits, un accord interjuges a été réalisé pour s'assurer de la même compréhension et application des critères d'inclusion et d'exclusion. De même, la grille d'extraction des données a été testée par deux personnes indépendantes et l'écart interjuges a été vérifié. Finalement, les étapes liées au processus de sélection des écrits, d'extraction des données et d'analyse thématique ont été discutées avec une équipe de recherche composée de la directrice de mémoire et d'étudiants de deuxième et troisième cycle qui se spécialisent dans la recherche sur les mesures de contrôle dans un contexte d'hospitalisation en santé mentale.

5.4 Limites de l'étude

En dépit de la rigueur de la démarche méthodologique utilisée et de la revue des références des écrits pertinents, le questionnement sur l'exhaustivité de la recherche documentaire des écrits demeure présent. Ainsi, nous ne pouvons pas garantir que toute la littérature sur les facteurs environnementaux associés aux mesures de contrôle ait été couverte. Ceci est dû aux critères d'exclusion tels que 1) la restriction aux écrits publiés en anglais ou en français; et 2) la circonscription de la recherche des écrits dans les cinq dernières années. Toutefois, le caractère exploratoire d'une revue de la portée nous a permis d'inclure différents types de revue des écrits

qui couvrent bien au-delà de ces cinq années. Ceci a pu contribuer à la richesse de notre corpus de données. Également, malgré que notre recherche d'écrits ait été réalisée dans des bases de données connues par leur contenu spécifique au domaine de la santé, des recherches supplémentaires spécifiques à certains domaines telle que le domaine de l'anthropologie de la santé auraient pu enrichir plus notre corpus de données. Cette revue présente une autre limite qui est l'absence de l'évaluation formelle de la qualité des écrits retenus. Malgré que cette évaluation ne soit pas exigée dans une revue de la portée (Tricco et al., 2018), cette étape aurait pu renforcer l'exploration de l'étendue des connaissances sur les facteurs environnementaux associés aux mesures de contrôle au niveau des lacunes méthodologiques dans les écrits inclus.

5.5 Retombées pour la discipline infirmière

La principale valeur ajoutée de la présente étude pour la pratique infirmière réside dans la représentation de l'environnement en une structure globale incluant les dimensions relationnelles, organisationnelles et physiques, et permet de comprendre les interactions entre elles. Il ressort des résultats que la relation thérapeutique infirmière-patient est un élément central pour réduire les mesures de contrôle. L'infirmière peut donc se concentrer sur le développement et le maintien de cette relation dans sa pratique quotidienne moyennant les interventions rapportées telles que la prévention des comportements agressifs, l'implication du patient dans ce processus, et le retour post-événement. Également, de par son rôle de leadership clinique et politique, l'infirmière consciente de l'importance du leadership organisationnel dans la réduction des mesures de contrôle, peut mobiliser son équipe de soins et des membres de son organisation en proposant des approches et modèles de soins reconnus pour leur efficacité.

En outre, les résultats de notre revue permettraient aux gestionnaires des établissements de santé de 1) connaître les facteurs environnementaux et se mobiliser pour diversifier les interventions pour les cibler, 2) se sensibiliser à l'importance de leur leadership pour la réussite des changements de pratique de ces mesures et 3) avoir des exemples de programmes d'interventions efficaces à essayer en pratique.

Au niveau de la formation en sciences infirmières, la santé mentale occupe peu de place dans les programmes de formation infirmière au Québec. En raison de l'ampleur éthique, légale et clinique

de la problématique des mesures de contrôle et de son impact sur le rétablissement des patients et la pratique infirmière, il serait judicieux d'inclure plus de connaissances permettant la compréhension des différents facteurs et les interventions correspondantes pour limiter l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale. Cette revue pourrait contribuer à l'acquisition de ces connaissances à travers une compréhension systémique des facteurs environnementaux associés à l'utilisation de ces mesures et de les viser par des interventions spécifiques. Elle pourrait contribuer aussi à l'amélioration de leurs connaissances sur les différentes dimensions qui compose l'environnement du patient au-delà de sa dimension physique.

Finalement, sur le plan de la recherche, un exercice de recension des écrits incluant les quatre dimensions de l'environnement serait intéressant pour cibler plus de facteurs et mieux comprendre leur dynamique globale dans le contexte des mesures de contrôle. Cette revue de la portée a reflété la rareté des écrits sur l'effet spécifique du leadership organisationnel et certaines caractéristiques du design intérieur des unités de soins tels que les couleurs et l'art mural sur l'utilisation des mesures de contrôle. Ainsi, des recherches sur ces sujets seraient pertinentes. En outre, cette revue a montré que les données de l'effet de la dotation en personnel sur les mesures de contrôle sont contradictoires, alors qu'il s'agit d'un argumentaire souvent soulevé par les infirmières comme obstacle au changement de pratique.

Conclusion

Les facteurs associés à l'utilisation des mesures de contrôle dans un milieu hospitalier en santé mentale sont documentés dans la littérature. Toutefois, il n'y a pas un consensus sur les facteurs associés à l'environnement global du patient en considérant toutes ses dimensions. Par contre, un consensus existe pour les facteurs reliés à sa dimension physique. En s'appuyant sur une représentation structurée de l'environnement par le cadre conceptuel de l'environnement thérapeutique optimal (*optimal healing environment*), cette revue de la portée est venue rassembler les facteurs recensés dans deux dimensions les plus représentés de l'environnement une fois contextualisé à l'utilisation des mesures de contrôle en milieu hospitalier de santé mentale. Ces dimensions sont la dimension de l'environnement interpersonnel, qui englobe les relations du patient avec le personnel soignant et ses relations avec l'organisation de santé, et la dimension de l'environnement externe représenté par les espaces thérapeutiques créés pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle. Également, l'analyse de l'ensemble des facteurs et leurs relations a permis de constater que ceux reliés aux stratégies de prévention des crises d'agressivité et à l'utilisation du leadership organisationnel pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle sont des éléments clés qui peuvent être ciblés par des interventions prioritaires pour prévenir ou réduire l'utilisation des mesures de contrôle.

Références bibliographiques

- Abbas, M. Y., & Ghazali, R. (2011). Physical Environment: The major determinant towards the creation of a healing environment? *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1951-1958.
- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 129-144. <https://doi.org/10.1177/0706743717738491>
- Andersen, C., Kolmos, A., Andersen, K., Sippel, V., & Stenager, E. (2017). Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(7), 525-528. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1346142>
- Aremu, B., Hill, P. D., McNeal, J. M., Petersen, M. A., Swanberg, D., & Delaney, K. R. (2018). Implementation of Trauma-Informed Care and Brief Solution-Focused Therapy: A Quality Improvement Project Aimed at Increasing Engagement on an Inpatient Psychiatric Unit. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(8), 16-22. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180305-02>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.
- Asikainen, J., Louheranta, O., Vehviläinen-Julkunen, K., & Repo-Tiihonen, E. (2020). Use of coercion prevention tools in Finnish psychiatric wards. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(5), 412-420. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.013>
- Asikainen, J., Vehviläinen-Julkunen, K., Repo-Tiihonen, E., & Louheranta, O. (2023). Use of debriefing following restrictive practices in forensic psychiatric care. *The Journal of Forensic Practice*(ahead-of-print).
- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., Siersma, V. D., & Brandt-Christensen, M. (2015). Comparing the effect of non-medical mechanical restraint preventive factors between psychiatric units in Denmark and Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(6), 1715-1725.
- Baumgardt, J., Jäckel, D., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, K., Voigt, A., Schöppe, E., Mc Cutcheon, A.-K., Velasquez Lecca, E. E., & Löhr, M. (2019). Preventing and reducing coercive measures—an evaluation of the implementation of the Safewards model in two locked wards in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 340.
- Beaglehole, B., Beveridge, J., Campbell-Trotter, W., & Frampton, C. (2017). Unlocking an acute psychiatric ward: the impact on unauthorised absences, assaults and seclusions. *British Journal of Psychiatric Bulletin*, 41(2), 92-96. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052944>
- Beames, L., & Onwumere, J. (2022). Risk factors associated with use of coercive practices in adult mental health inpatients: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 220-239.

- Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A., & Cornaggia, C. M. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Rivista di psichiatria*, 48(1), 10-22.
- Ben-Zeev, D., Scherer, E. A., Brian, R. M., Mistler, L. A., Campbell, A. T., & Wang, R. (2017). Use of multimodal technology to identify digital correlates of violence among inpatients with serious mental illness: a pilot study. *Psychiatric Services*, 68(10), 1088-1092.
- 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.
- 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.
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., ... & Stewart, D. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 354-364.
- 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., Cullen, A., Achilla, E., Baker, J., Khondoker, M., Koeser, L., Moylan, L., Pettit, S., Quirk, A., & Sethi, F. (2017). Seclusion and Psychiatric Intensive Care Evaluation Study (SPICES): combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services. *Health Services and Delivery Research*, 1-142.
- Bowers, L., Jeffery, D., Bilgin, H., Jarrett, M., Simpson, A., & Jones, J. (2008). Psychiatric intensive care units: a literature review. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(1), 56-68.
- Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C., & Iennaco, J. D. (2013). Correlation between levels of conflict and containment on acute psychiatric wards: The City-128 study. *Psychiatric Services*, 64(5), 423– 430.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brophy, L. M., Roper, C. E., Hamilton, B. E., Tellez, J. J., & McSherry, B. M. (2015). Consumers' and their supporters' perspectives on barriers and strategies to reducing seclusion and restraint in mental health settings. *Australian Health Review*, 40(6), 599-604. <https://doi.org/https://doi.org/10.1071/AH15128>
- Camelot, G., Boyer, A. L., & Durand, J. M. (2020). [Duration of seclusion and exit of the seclusion room, study of the impact of anamnestic and institutional factors]. *Encephale*, 46(3), 184-189. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.10.005>
- Chandler, G. E. (2012). Reducing use of restraints and seclusion to create a culture of safety. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 50(10), 29-36.
- Chien, W.-T., Chan, C. W., Lam, L.-W., & Kam, C.-W. (2005). Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 80-86.

- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 491.
- Corneau, P., Jacob, J. D., Holmes, D. & Rioux, D. (2017). Contentions mécaniques en psychiatrie : Étude phénoménologique de l'expérience vécue du personnel infirmier. *Recherche en soins infirmiers, 128*(1), 41/53. <https://doi.org/10.3917/rsi.128.0041>
- Cullen, A. E., Bowers, L., Khondoker, M., Pettit, S., Achilla, E., Koeser, L., Moylan, L., Baker, J., Quirk, A., & Sethi, F. (2018). Factors associated with use of psychiatric intensive care and seclusion in adult inpatient mental health services. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 27*(1), 51-61.
- Daydé, M. C., Pascal, C., Clergues, E. S. (2014). Le cadre conceptuel en soins infirmiers. Dans Pascal C., Clergues E. C., Daydé M. .C, Lacroix M. C. (DIR.), *Relation d'aide en soins infirmiers*. (2^e ed., p. 19-30).
- De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M.-P., Létourneau, G., Tran, M.-A. M., Stikarovska, I., Bilodeau, M., Brunelle, S., & Côté, G. (2011). Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric Services, 62*(5), 484-491.
- Dike, C. C., Lamb-Pagone, J., Howe, D., Beavers, P., Bugella, B. A., & Hillbrand, M. (2021). Implementing a program to reduce restraint and seclusion utilization in a public-sector hospital: Clinical innovations, preliminary findings, and lessons learned. *Psychological Services, 18*(4), 663-670. <https://doi.org/10.1037/ser0000502>
- Dixon, M., & Long, E. M. (2022). An Educational Intervention to Decrease the Number of Emergency Incidents of Restraint and Seclusion on a Behavioral Health Unit. *Journal of Continuing Education of Nursing, 53*(2), 70-76. <https://doi.org/10.3928/00220124-20220104-07>
- Doedens, P., Maaskant, J. M., Latour, C. H. M., Meijel, B. K. G. V., Koeter, M. W. J., Storosum, J. G., ... de Haan, L. (2017). Nursing staff factors contributing to seclusion in acute mental health care - an explorative cohort study. *Issues in Mental Health Nursing, 38*(7), 584– 589.
- Doyle, P., Quayle, E., & Newman, E. (2017). Social climate in forensic mental health settings: A systematic review of qualitative studies. *Aggression and Violent Behavior, 36*, 118-136.
- Dubé-Linteau, A. (2017). Mesure de l'expérience patient par enquête: des concepts aux bonnes pratiques. *institut de la statistique du Québec, Québec, 37p*.
- Dumais, A., Larue, C., Drapeau, A., Ménard, G., & Giguere Allard, M. (2011). Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*(5), 394-402.
- Duxbury, J., Baker, J., Downe, S., Jones, F., Greenwood, P., Thygesen, H., McKeown, M., Price, O., Scholes, A., Thomson, G., & Whittington, R. (2019). Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('RESTRIN YOURSELF'). *International Journal of Nursing Studies, 95*, 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.016>
- Duxbury, J., Thomson, G., Scholes, A., Jones, F., Baker, J., Downe, S., Greenwood, P., Price, O., Whittington, R., & McKeown, M. (2019). Staff experiences and understandings of the

- REsTRAIN Yourself initiative to minimize the use of physical restraint on mental health wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 845-856.
- Loi sur les services de santé et services sociaux : article 118.1, (1998). http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/version/lc/S-4.2?code=se:118_1&historique=20170303
- Efkemann, S. A., Bernard, J., Kalagi, J., Otte, I., Ueberberg, B., Assion, H.-J., Zeiß, S., Nyhuis, P. W., Vollmann, J., & Juckel, G. (2019). Ward atmosphere and patient satisfaction in psychiatric hospitals with different ward settings and door policies. Results from a mixed methods study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 576.
- Firth, K., Smith, K., Sakallaris, B. R., Bellanti, D. M., Crawford, C., & Avant, K. C. (2015). Healing, a concept analysis. *Global advances in health and medicine*, 4(6), 44-50.
- Flammer, E., Frank, U., & Steinert, T. (2020). Freedom restrictive coercive measures in forensic psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 146.
- Fletcher, A., Crowe, M., Manuel, J., & Foulds, J. (2021). Comparison of patients' and staff's perspectives on the causes of violence and aggression in psychiatric inpatient settings: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(5), 924-939.
- Flora, L., Lebel, P., Dumez, V., Bell, C., Lamoureux, J., & Saint-Laurent, D. (2015). L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie: le modèle de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 101-117.
- Fukasawa, M., Miyake, M., Suzuki, Y., Fukuda, Y., & Yamanouchi, Y. (2018). Relationship between the use of seclusion and mechanical restraint and the nurse-bed ratio in psychiatric wards in Japan. *International journal of law and psychiatry*, 60, 57-63.
- García-Cabeza, I., Valenti, E., & Calcedo, A. (2017). Perception and use of informal coercion in outpatient treatment: a focus group study with mental health professionals of Latin culture. *Salud mental*, 40(2), 63-69.
- Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Coker-Schwimmer, E., Weber, R. P., Sheitman, B., & Zarzar, T. (2017). Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: a systematic review of the evidence. *Psychiatric Services*, 68(8), 819-831.
- Gooding, P., McSherry, B., Roper, C., & Grey, F. (2018). Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review. *Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne*.
- Goulet, M.-H., Larue, C., & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 139-146.
- Goulet, M.-H., & Lessard-Deschênes, C. (2022). Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale: une revue intégrative. *Santé mentale au Québec*, 47(1), 151-180.
- Goulet, M. H., Larue, C., & Lemieux, A. J. (2018). A pilot study of "post-seclusion and/or restraint review" intervention with patients and staff in a mental health setting. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 212-220. <https://doi.org/10.1111/ppc.12225>

- Guivarch, J., & Cano, N. (2013). Usage de la contention en psychiatrie: vécu soignant et perspectives éthiques. *L'Encéphale*, 39(4), 237-243.
- Guzman-Parra, J., Aguilera Serrano, C., García-Sánchez, J. A., Pino-Benítez, I., Alba-Vallejo, M., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2016). Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 22(3), 233-241. <https://doi.org/10.1177/1078390316644767>
- Haines-Delmont, A., Goodall, K., Duxbury, J., & Tsang, A. (2022). An evaluation of the implementation of a “No Force First” informed organisational guide to reduce physical restraint in mental health and learning disability inpatient settings in the UK. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 8.
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., & Sagvaag, H. (2021). Post-incident reviews after restraints-Potential and pitfalls. Patients' experiences and considerations. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12776>
- Hawsawi, T., Power, T., Zugai, J., & Jackson, D. (2020). Nurses' and consumers' shared experiences of seclusion and restraint: A qualitative literature review. *International journal of mental health nursing*, 29(5), 831-845.
- Hellerstein, D. J., Staub, A. B., & Lequesne, E. (2007). Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric Practice*, 13(5), 308-317.
- Hochstrasser, L., Fröhlich, D., Schneeberger, A. R., Borgwardt, S., Lang, U. E., Stieglitz, R. D., & Huber, C. G. (2018). Long-term reduction of seclusion and forced medication on a hospital-wide level: Implementation of an open-door policy over 6 years. *European Psychiatry*, 48, 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.09.008>
- Højlund, M., Høgh, L., Bojesen, A. B., Munk-Jørgensen, P., & Stenager, E. (2018). Use of antipsychotics and benzodiazepines in connection to minimising coercion and mechanical restraint in a general psychiatric ward. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(3), 258-265.
- Holahan, C. J. (2002). The contributions of Rudolf Moos. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 65.
- Hong, M. (2015). *Principles of healthcare design: Florence Nightingale's legacy in Tucson's Desert Sanatorium*. [Thèse de doctorat inédite]. Université de l'état d'Arizona.
- Hotzy, F., Mötteli, S., Theodoridou, A., Schneeberger, A. R., Seifritz, E., Hoff, P., & Jäger, M. (2018). Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss medical weekly*, 148, w14616.
- Huber, C. G., Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., von Felten, S., Walter, M., Zinkler, M., Beine, K., Heinz, A., & Borgwardt, S. (2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 842-849.
- 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), 40-47.

- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *46*, 893-901.
- Jonas, W. B., Chez, R. A., Smith, K., & Sakallaris, B. (2014). Salutogenesis: The defining concept for a new healthcare system. *Global advances in health and medicine*, *3*(3), 82-91.
- Karlin, B. E., & Zeiss, R. A. (2006). Best practices: environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. *Psychiatric Services*, *57*(10), 1376-1378.
- Khalil, A. I., Al Ghamdi, M. A. M., & Al Malki, S. (2017). Nurses' knowledge, attitudes, and practices toward physical restraint and seclusion in an inpatients' psychiatric ward. *International Journal of Culture and Mental Health*, *10*(4), 447-467.
- Khalil, H., Peters, M., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., & Parker, D. (2016). An evidence-based approach to scoping reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *13*(2), 118-123.
- Kodal, J. S., Kjær, J. N., & Larsen, E. R. (2018). Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, *72*(2), 103-108.
- Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R., & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *28*(2), 149-162.
- 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.
- Lawrence, R. E., Perez-Coste, M. M., Bailey, J. L., DeSilva, R. B., & Dixon, L. B. (2019). Coercion and the inpatient treatment alliance. *Psychiatric Services*, *70*(12), 1110-1115.
- Lecordier, D. (2011). La santé et les soins infirmiers: L'évolution de concepts centraux dans un contexte scientifique donné. *Recherches en soins infirmiers*(3), 82-85.
- Lickiewicz, J., Adamczyk, N., Hughes, P. P., Jagielski, P., Stawarz, B., & Makara-Studzinska, M. (2021). Reducing aggression in psychiatric wards using Safewards-A Polish study. *Perspectives in Psychiatric Care*, *57*(1), 50-55. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/ppc.12523>
- Lok, N., & Buldukoglu, K. (2015). Effect of Therapeutic Atmosphere in a Psychiatry Clinic on Social Functionality of in-Patients. *Journal of Psychiatry*, *18*(1), 114-137 <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=df5ad225dbc99cbd1977253261a443038fdb926>
- Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Pingani, L., Palumbo, C., De Rosa, C., Catapano, F., & Fiorillo, A. (2014). Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert review of neurotherapeutics*, *14*(2), 131-141.
- Lykke, J., Hjorthøj, C., Thomsen, C., & Austin, S. (2019). Prevalence, predictors, and patterns of mechanical restraint use for inpatients with dual diagnosis. *Perspectives in Psychiatric Care*, *56*(1), 20-27. <https://doi.org/10.1111/ppc.12367>

- Mangaoil, R. A., Cleverley, K., & Peter, E. (2020). Immediate Staff Debriefing Following Seclusion or Restraint Use in Inpatient Mental Health Settings: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research, 29*(7), 479-495. <https://doi.org/10.1177/1054773818791085>
- McKeown, M., Thomson, G., Scholes, A., Jones, F., Baker, J., Downe, S., Price, O., Greenwood, P., Whittington, R., & Duxbury, J. (2019). "Catching your tail and firefighting": The impact of staffing levels on restraint minimization efforts. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 26*(5-6), 131-141. <https://doi.org/10.1111/jpm.12532>
- McMillan, D. W. a. C., D.M. . (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology, 14*, 6-23.
- Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (2005). Healing landscapes: patients, relationships, and creating optimal healing places. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 11 Suppl 1*, S41-49. <https://doi.org/10.1089/acm.2005.11.s-41>
- Mistler, L. A., Ben-Zeev, D., Carpenter-Song, E., Brunette, M. F., & Friedman, M. J. (2017). Mobile mindfulness intervention on an acute psychiatric unit: feasibility and acceptability study. *JMIR Mental Health, 4*(3), e7717.
- Mohr, W. K., Petti, T. A., & Mohr, B. D. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(5), 330-337. <https://doi.org/10.1177/070674370304800509>
- Moos, R. H. (1973). Conceptualizations of human environments. *American Psychologist, 28*, 652-665. <https://doi.org/10.1037/h0035722>
- Moos, R. H. (1990). Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedures: resolving the case of the Family Environment Scale. *Family Process, 29*(2), 199-208.
- Moos, R. H., & Houts, P. S. (1968). Assessment of the social atmospheres of psychiatric wards. *Journal of Abnormal Psychology, 73*(6), 595-604. <https://doi.org/10.1037/h0026600>
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Leyva-Moral, J. M., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(6), 782-787. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- MSSS. (2011). *Normes et pratiques de gestion: modifications législatives concernant l'agrément. Direction de la qualité du MSSS. Québec. https://g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ConsCirculaire.aspx?enc=82cKHYTEiNs=*
- MSSS. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf*
- MSSS. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf*

- Muir-Cochrane, E., Grimmer, K., Gerace, A., Bastiampillai, T., & Oster, C. (2020). Prevalence of the use of chemical restraint in the management of challenging behaviours associated with adult mental health conditions: A meta-synthesis. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 27(4), 425-445. <https://doi.org/10.1111/jpm.12585>
- Mullen, A., Browne, G., Hamilton, B., Skinner, S., & Happell, B. (2022). Safewards: An integrative review of the literature within inpatient and forensic mental health units. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.13001>
- Muralidharan, S., & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Systematic Reviews* (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002084.pub2>
- Nambiema, A., Fouquet, J., Guilloteau, J., & Descatha, A. (2021). The systematic review and other types of literature reviews: what is it, when, how, why? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 82. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2021.03.004>
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., Fraher, D. M., Hardy, P., Jones, S., Gournay, K., Johnston, S., Pereira, S., Pratt, P., Tucker, R., & Tsuchiya, A. (2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evidence Based Nursing*, 3(1), 8-18. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x>
- Neves, C., Malaquin-Pavan, E., & Debout, C. (2008). Conceptual models and theories of nursing, characteristics and practical usage. *Soins*(724), 38-43.
- Newman, J., Paun, O., & Fogg, L. (2018). Effects of a Staff Training Intervention on Seclusion Rates on an Adult Inpatient Psychiatric Unit. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(6), 23-30. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180212-02>
- Newton-Howes, G., & Gordon, S. (2020). Who controls your future: The convention on the rights of persons with disabilities from a service user focused perspective. *Australian Journal of Psychiatry*, 54(2), 134-137. <https://doi.org/10.1177/0004867419893443>
- Newton-Howes, G., Savage, M. K., Arnold, R., Hasegawa, T., Staggs, V., & Kisely, S. (2020). The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: an international epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e190. <https://doi.org/10.1017/s2045796020001031>
- O'Malley, J., Frampton, C., Wijnveld, A.-M., & Porter, R. (2007). Factors influencing seclusion rates in an adult psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 3, 93-100. <https://doi.org/10.1017/S1742646407001124>
- Oostermeijer, S. A.-O., Brasier, C., Harvey, C., Hamilton, B., Roper, C., Martel, A., Fletcher, J., & Brophy, L. (2021). Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: a rapid systematic review. *BMJ Open* (2044-6055 (Electronic)).
- Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., McKellar, S., & Wykes, T. (2014). The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 205(3), 171-176. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144873>

- Paradis-Gagné, E., Pariseau-Legault, P., Goulet, M. H., Jacob, J. D., & Lessard-Deschênes, C. (2021). Coercion in psychiatric and mental health nursing: A conceptual analysis. *International Journal of Mental Health Nursing, 30*(3), 590-609. <https://doi.org/10.1111/inm.12855>
- Pariseau-Legault, P., Vallée-Ouimet, S., Jacob, J. D., & Goulet, M. H. (2020). Intégration des droits humains dans la pratique du personnel infirmier faisant usage de coercition en santé mentale: recension systématique des écrits et méta-ethnographie. *Recherche en soins infirmiers, 3*, 53-76. <https://doi.org/10.3917/rsi.142.0053>
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. Montreal: Chenelière éducation.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., Khalil, H. . (2020). Scoping Reviews. In M. Z. E. Aromataris E (Ed.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., Mclnerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis, 18*(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/jbies-20-00167>
- Pettit, S. A., Bowers, L., Tulloch, A., Cullen, A. E., Moylan, L. B., Sethi, F., McCrone, P., Baker, J., Quirk, A., & Stewart, D. (2017). Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *Journal of Advanced Nursing, 73*(4), 966-976. <https://doi.org/10.1111/jan.13197>
- Plouffe, J. F. (2020). Psychiatrie : il y a urgence à humaniser nos hôpitaux Pour une commission d'enquête sur les soins en santé mentale. *La renaissance, 27*(1), 3-4.
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Rynnänen, 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.
- Puzzo, I., Aldridge-Waddon, L., Bush, E., Farr, C., & Anderson, B. P. (2019). The relationship between ward social climate, ward sense of community, and incidents of disruptive behavior: A study of a high secure psychiatric sample. *The International Journal of Forensic Mental Health, 18*(2), 153-163. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/14999013.2018.1532972>
- Rakel, D. P., Sakallaris, B., & Wayne, J. (2018). Creating Optimal Healing Environments. In *Integrative Medicine* Elsevier Health Sciences. <https://www.sciencedirect.com/book/9780323358682/integrative-medicine#book-info>
- Jonas, W. (2018). Chapter 2 - Creating Optimal Healing Environments. In D. Rakel (Ed.), *Integrative Medicine (Fourth Edition)* (pp. 12-19.e12). Elsevier. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-35868-2.00002-5>
- Riegel, F., Crossetti, M. d. G. O., Martini, J. G., & Nes, A. A. G. (2021). Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Revista brasileira de enfermagem, 74*.

- Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint in psychiatry: A cochrane systematic review. *Schizophrenia Research - SCHIZOPHR RES*, 41, 232-232. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)90883-1](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)90883-1)
- Sakallaris, B. R., MacAllister, L., Voss, M., Smith, K., & Jonas, W. B. (2015). Optimal healing environments. *Glob Adv Health Med*, 4(3), 40-45. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.043>
- Sashidharan, S. P., Mezzina, R., & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(6), 605-612. <https://doi.org/10.1017/s2045796019000350>
- Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Schröder, K., von Felten, S., Zinkler, M., Beine, K. H., Heinz, A., Borgwardt, S., & Lang, U. E. (2017). Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15-year naturalistic observational study. *Journal of psychiatric research*, 95, 189-195.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F., & 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. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0132-3>
- Sutton, D., Webster, S., & Wilson, M. (2014). Debriefing following seclusion and restraint: a summary of relevant literature. <http://hdl.handle.net/10292/9084>
- Szmukler, G., & Appelbaum, P. (2009). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17, 233-244. <https://doi.org/10.1080/09638230802052203>
- Thomsen, C., Starkopf, L., Hastrup, L. H., Andersen, P. K., Nordentoft, M., & Benros, M. E. (2017). Risk factors of coercion among psychiatric inpatients: a nationwide register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(8), 979-987. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1363-3>
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 681-698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>
- Torous, J., & Roberts, L. W. (2017). The ethical use of mobile health technology in clinical psychiatry. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(1), 4-8.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Godfrey, C. M., Macdonald, M. T., Langlois, E. V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö., & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
- Tully, J., Larkin, F., & Fahy, T. (2015). New technologies in the management of risk and violence in forensic settings. *CNS spectrums*, 20(3), 287-294.

- Turnpenny, A., Petri, G., Finn, A., Beadle-Brown, J., & Nyman, M. (2018). *Mapping and Understanding Exclusion - Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe*. <https://doi.org/10.22024/UniKent/01.02/64970>
- Ulrich, R., Bogren, L., Gardiner, S., & Lundin, S. (2018). Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2018.05.002>
- Väkiparta, L., Suominen, T., Paavilainen, E., & Kylmä, J. (2019). Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: an integrative review. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 33(4), 765-778. <https://doi.org/10.1111/scs.12701>
- Van Melle, A. L., Noorthoorn, E. O., Widdershoven, G. A. M., Mulder, C. L., & Voskes, Y. (2020). Does high and intensive care reduce coercion? Association of HIC model fidelity to seclusion use in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 20(1), 469. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02855-y>
- Whitecross, F., Lee, S., Bushell, H., Kang, M., Berry, C., Hollander, Y., Sonmez, G., Rauchberger, I., & Bowers, C. D. D. H. M. P. T. W. Z. (2020). Implementing a psychiatric behaviours of concern team can reduce restrictive intervention use and improve safety in inpatient psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 28(4), 401-406. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1039856220917072>
- Williams, R., & Haeney, O. (2022). Does ending night-confinement reduce use of seclusion and prevalence of violence in a forensic psychiatric hospital? A retrospective observational study. *Psychiatry, Psychology and Law*. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/13218719.2021.2003265>
- Yakov, S., Birur, B., Bearden, M. F., Aguilar, B., Ghelani, K. J., & Fargason, R. E. (2018). Sensory Reduction on the General Milieu of a High-Acuity Inpatient Psychiatric Unit to Prevent Use of Physical Restraints: A Successful Open Quality Improvement Trial. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 24(2), 133-144. <https://doi.org/10.1177/1078390317736136>
- Yang, C.-P. P., Hargreaves, W. A., & Bostrom, A. (2014). Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatric Services*, 65(2), 251-254.
- Ye, J., Xia, Z., Wang, C., Liao, Y., Xu, Y., Zhang, Y., Yu, L., Li, S., Lin, J., & Xiao, A. (2021). Effectiveness of CRSCE-Based De-escalation Training on Reducing Physical Restraint in Psychiatric Hospitals: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 576662. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.576662>
- Zborowsky, T. (2014). The Legacy of Florence Nightingale's Environmental Theory: Nursing Research Focusing on the Impact of Healthcare Environments. *HERD*, 7(4), 19-34.
- Zimmermann, D. P. S. (2021). Use of a serenity room for sensory modulation. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 82(1-B), No-Specified. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc18&NEWS=N&AN=2020-58780-193>

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic Alliance in Mental Health Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249-257. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.969795>

Zun, L. (2003). A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *The Journal of emergency medicine*, 24, 119-124. [https://doi.org/10.1016/S0736-4679\(02\)00738-2](https://doi.org/10.1016/S0736-4679(02)00738-2)

Annexes

Annexe A : Liste de contrôle PRISMA-ScR (tiré de Tricco et al. (2018))

Title	1	Title
Abstract	2	Structured summary
Introduction	3	Rationale
	4	Objectives
Methods	5	Protocol and registration
	6	Eligibility criteria
	7	Information sources
	8	Search
	9	Selection of sources of evidence
	10	Data charting process
	11	Data items
	12	Critical appraisal of individual sources of evidence
	13	Synthesis of results
Results	14	Selection of sources of evidence
	15	Characteristics of sources evidence
	16	Critical appraisal within sources of evidence
	17	Results of individual sources of evidence
	18	Synthesis of results
Discussion	19	Summary of evidence
	20	Limitations
	21	Conclusions
Funding	22	Funding

Annexe B : Stratégie de recherche des écrits

Concepts	Facteurs de l'environnement thérapeutique	Mesures de contrôle	Unités de soins psychiatriques
Mots clés	Healing Environment(al) Interpersonal organization(s) organizational organisation(s) organisational Communication Compassion Social support Empathy Leadership Mission Teamwork Team work Technology(ies) Relationship(s) Relation(s) Therapeutic alliance(s) skill(s) training engagement care team(s) therapeutic intervention(s) clinical practice(s) best practice(s) evidence-based practice(s) innovative innovation behavioral behavioural exercise(s) physical activity(ies) relaxation stress stressful addiction(s) substance(s)	Coercion Coercing Coercive Coerced Restraint restrained Restraining Seclusion Secluding secluded Constraint Constrained Constraining Forced Force	Psychiatric unit(s) Mental health unit(s) Psychiatric ward(s) Mental health ward(s) Psychiatric setting(s) Mental health setting(s) Psychiatric facility(ies) Mental health facility(ies) Psychiatric department(s) Mental health department(s) Psychiatric hospital(s) Mental health hospital(s) Mental hospital(s) Inpatient(s) In-patient(s) Hospitalized Hospitalised Hospitalisation(s) Hospitalization(s) AND Psychiatric Mental health Mental disorder(s) Mentally disordered Mentally ill Mental illness(es)

	collaborative integrative alternative complementary therapy(ies) patient-centered family-centered person-centered culturally climate atmosphere Architecture Facility design Facilities design Unit design Units design Ward design Wards design Room design Rooms design Hospital design Hospitals design Therapeutic space(s)		
--	---	--	--

Équations de recherche :

- **Concept 1: Facteurs de l'environnement thérapeutique**

"Environment"[Mesh:NoExp] OR "Interpersonal Relations"[Mesh] OR "Communication"[Mesh:NoExp] OR "Empathy"[Mesh] OR "Social Support"[Mesh] OR "Leadership"[Mesh] OR "Efficiency, Organizational"[Mesh] OR "Organizational Culture"[Mesh] OR "Organizational Innovation"[Mesh:NoExp] OR "Organizational Objectives"[Mesh] OR "Technology"[Mesh] OR "Education"[Mesh] OR "education" [Subheading] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Evidence-Based Practice"[Mesh] OR "Exercise"[Mesh] OR "Relaxation"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh:NoExp] OR "Substance-Related Disorders"[Mesh] OR "Integrative Medicine"[Mesh] OR "Complementary Therapies"[Mesh] OR "Patient-Centered Care"[Mesh] OR "Culturally Competent Care"[Mesh] OR "Architecture"[Mesh] OR Healing[TIAB] OR Environment[TIAB] OR environmental[TIAB] OR Interpersonal[TIAB] OR organization[TIAB] OR organizations[TIAB] OR organizational[TIAB] OR organisation[TIAB] OR organisations[TIAB] OR organisational[TIAB] OR Communication[TIAB] OR Compassion[TIAB] OR "Social support"[TIAB] OR Empathy[TIAB] OR Leadership[TIAB] OR Mission[TIAB] OR Teamwork[TIAB] OR "team work"[TIAB] OR Technology[TIAB] OR technologies[TIAB] OR Relationship[TIAB] OR relationships[TIAB] OR Relation[TIAB] OR relations[TIAB] OR "Therapeutic alliance"[TIAB] OR

"therapeutic alliances"[TIAB] OR skill[TIAB] OR skills[TIAB] OR training[TIAB] OR engagement[TIAB] OR "care team"[TIAB] OR "care teams"[TIAB] OR "therapeutic intervention"[TIAB] OR "therapeutic interventions"[TIAB] OR "clinical practice"[TIAB] OR "clinical practices"[TIAB] OR "best practice"[TIAB] OR "best practices"[TIAB] OR "evidence-based practice"[TIAB] OR "evidence-based practices"[TIAB] OR innovative[TIAB] OR innovation[TIAB] OR behavioral[TIAB] OR behavioural[TIAB] OR exercise[TIAB] OR exercises[TIAB] OR "physical activity"[TIAB] OR "physical activities"[TIAB] OR relaxation[TIAB] OR stress[TIAB] OR stressful[TIAB] OR addiction[TIAB] OR addictions[TIAB] OR substance[TIAB] OR substances[TIAB] OR collaborative[TIAB] OR integrative[TIAB] OR alternative[TIAB] OR "complementary therapy"[TIAB] OR "complementary therapies"[TIAB] OR "patient-centered"[TIAB] OR "family-centered"[TIAB] OR "person-centered"[TIAB] OR culturally[TIAB] OR climate[TIAB] OR atmosphere[TIAB] OR Architecture[TIAB] OR "Facility design"[TIAB] OR "Facilities design"[TIAB] OR "Unit design"[TIAB] OR "Units design"[TIAB] OR "Ward design"[TIAB] OR "Wards design"[TIAB] OR "Room design"[TIAB] OR "Rooms design"[TIAB] OR "Hospital design"[TIAB] OR "Hospitals design"[TIAB] OR "Therapeutic space"[TIAB] OR "therapeutic spaces"[TIAB]

- **Concept 2: mesures de contrôle**

"Coercion"[Mesh] OR "Restraint, Physical"[Mesh:NoExp] OR Coercion[TIAB] OR Coercing[TIAB] OR Coercive[TIAB] OR Coerced[TIAB] OR Restraint[TIAB] OR restrained[TIAB] OR Restraining[TIAB] OR Seclusion[TIAB] OR Secluding[TIAB] OR secluded[TIAB] OR Constraint[TIAB] OR constrained[TIAB] OR Constraining[TIAB] OR forced[TIAB] OR force[TIAB]

- **Concept 3: unités de soins psychiatriques**

"Psychiatric Department, Hospital"[Mesh] OR "Hospitals, Psychiatric"[Mesh] OR (("Mentally Ill Persons"[Mesh] OR "Mental Disorders"[Mesh:NoExp]) AND "Inpatients"[Mesh]) OR "Psychiatric unit"[TIAB] OR "psychiatric units"[TIAB] OR "Mental health unit"[TIAB] OR "mental health units"[TIAB] OR "Psychiatric ward"[TIAB] OR "psychiatric wards"[TIAB] OR "Mental health ward"[TIAB] OR "mental health wards"[TIAB] OR "Psychiatric setting"[TIAB] OR "psychiatric settings"[TIAB] OR "Mental health setting"[TIAB] OR "mental health settings"[TIAB] OR "Psychiatric facility"[TIAB] OR "psychiatric facilities"[TIAB] OR "Mental health facility"[TIAB] OR "mental health facilities"[TIAB] OR "Psychiatric department"[TIAB] OR "psychiatric departments"[TIAB] OR "Mental health department"[TIAB] OR "mental health departments"[TIAB] OR "Psychiatric hospital"[TIAB] OR "psychiatric hospitals"[TIAB] OR "Mental health hospital"[TIAB] OR "mental health hospitals"[TIAB] OR "Mental hospital"[TIAB] OR "mental hospitals"[TIAB] OR ((Inpatient[TIAB] OR inpatients[TIAB] OR In-patient[TIAB] OR in-patients[TIAB] OR Hospitalized[TIAB] OR Hospitalised[TIAB] OR Hospitalisation[TIAB] OR hospitalisations[TIAB] OR Hospitalization[TIAB] OR hospitalizations[TIAB]) AND (Psychiatric[TIAB] OR "Mental health"[TIAB] OR "Mental disorder"[TIAB] OR "mental disorders"[TIAB] OR "mentally disordered"[TIAB] OR "Mentally ill"[TIAB] OR "Mental illness"[TIAB] OR "mental illnesses"[TIAB]))

Annexe C : Canevas de la grille d'extraction des données à partir des écrits inclus dans la revue de la portée.

Identification de l'écrit (Auteurs, année, pays)	But/ Objectifs	Conception (Devis, méthode, population, milieu)	Mesures de contrôle étudiées	Éléments reliés aux concepts de l'environnement thérapeutique optimal	Principaux résultats

Annexe D : Exemple d'exercice de codage

Dimensions	Thèmes	Sous thèmes	Codes associés
Environnement interpersonnel	Développement et maintien de la relation thérapeutique	Amélioration des compétences de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Éducation du personnel à la communication avec une personne agressive - Engagement et entente avec le patient - Considération des traumatismes et recherche de solutions
		Sentiment d'appartenance à la communauté de l'unité de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience subjective des patients = sentiments en lien avec l'utilisation des mesures de contrôle - Association entre le sentiment du patient d'appartenir à la communauté de l'unité et les évènements d'agressions
		Stratégies de prévention de crise d'agressivité	<ul style="list-style-type: none"> - Programmes de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. - Outils cliniques - Réduction de la stimulation - Techniques sensorielles - Autres interventions de contrôle de l'agitation
		Retour post-événement de mesures de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> - Le retour comme moyen de restauration de la relation thérapeutique - Le retour comme moyen de développement de nouvelles stratégies d'adaptation - Limites de l'utilisation systématique du retour post-événement
		Implication des patients	<ul style="list-style-type: none"> - Implication dans la planification des traitements - Partenariat et mobilisation du patient.

Annexe E : Tableau résumé des résultats des écrits inclus

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
Aguilera-Serrano et al. (2018). Espagne	Synthétiser les facteurs influençant l'expérience subjective du patient lors de l'application de mesures coercitives.	Revue systématique des écrits (n=34 écrits)	Bases de données ciblées : CINAHL, PubMed, SCOPUS, Web of Science et PsychInfo	<ul style="list-style-type: none"> - Fourniture d'informations aux patients - Présence ou interaction avec le personnel - Adéquation de la communication avec les professionnels - Environnement physique de l'unité de soins - Respect et traitement humain des patients par le personnel soignant - Retour post-événement 	<ul style="list-style-type: none"> - La fourniture d'informations, la présence ou l'interaction avec le personnel et l'adéquation de la communication avec les professionnels sont associés à une expérience plus positive des patients. - L'environnement physique de l'unité a une influence sur l'expérience des patients des mesures de contrôle. - Le respect, le traitement humain et le soutien du personnel sont associés à une meilleure expérience des patients. - Le retour post-événement constitue une technique de réduction de l'impact émotionnel de la mesure et permet une meilleure compréhension de l'évènement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement - Contention mécanique - contention chimique
Andersen et al. (2017) Danemark	Utiliser la modulation sensorielle pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle.	Étude de cas-témoin (n=25 membres du personnel, n= 442 patients).	Rapports des taux d'incidents et des taux d'utilisation de l'isolement et de la contention	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation d'une salle sensorielle - Formation sur : l'intégration sensorielle, l'utilisation de matériel, l'évaluation du profil sensoriel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction significative de l'utilisation des contentions chimique et mécanique dans l'unité de l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Contention chimique - Contention mécanique

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
			mécanique de l'unité de soins.		comparativement à l'unité de contrôle.	
Beaglehole et al. (2017) Nouvelle-Zélande	Évaluer l'impact d'un changement architectural de l'environnement d'unités de soins sur leurs évènements indésirables.	Étude quantitative avant après test sans groupe témoin (n=64)	Registres des données des unités.	- Changement architectural qui consiste en la transformation d'une structure formée de 2 unités fermées et 2 unités ouvertes en une autre formée de 4 unités ouvertes avec une zone de soins intensifs chacune. - Augmentation de l'effectif infirmier.	- Augmentation significative des absences mensuelles non autorisées. - Augmentation non significative des incidents violents. - Réduction significative de la durée mensuelle de l'isolement.	- Isolement
Aremu et al. (2018) États-Unis	Réduire l'utilisation de la contention chimique et les agressions en formant le personnel soignant sur l'utilisation quotidienne d'une approche tenant compte des traumatismes.	Étude expérimentale avant-après (n=23 membres du personnel)	- Examen des notes infirmières. - Échelle MAVAS pour mesurer l'aisance du personnel face à la gestion des agressions. - Échelle CAPE pour mesurer l'engagement du personnel.	Formation du personnel sur : - La communication selon une approche de thérapie brève. - L'engagement des patients.	- Amélioration de l'aisance des membres du personnel à la gestion des agressions et amélioration de leur engagement après la formation. - Diminution du nombre d'utilisations de la contention chimique. - Les notes infirmières reflètent une communication selon une thérapie brève et axée sur les solutions.	- Contention chimique.
Dixon et Long (2022) États-Unis	Évaluer l'impact d'une intervention éducative sur la réduction de l'isolement/contention.	Étude quasi expérimentale pré-post-test (N=21 employés).	- Documents de l'unité fournis par la direction de gestion des risques.	Formation continue du personnel sur : - La désescalade basée sur le programme <i>De-escalate Anyone, Anywhere, Anytime</i> . - La communication et le déploiement de la	- Réduction statistiquement significative des taux de l'isolement et de l'utilisation de la contention physique dans les trois mois suivant l'intervention.	- Isolement - contention physique.

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
				compétence de leadership des infirmières.		
Duxbury et al. (2019a)* Angleterre	Étudier l'impact d'une version adaptée du modèle six stratégies de base sur l'utilisation de la contention physique dans les établissements de santé mentale.	Essai contrôlé non randomisé avec approche mixte (n = 14 unités),	-Registre des unités pour la documentation de l'utilisation de la contention physique (approche quantitative).	-Interventions du modèle adapté (RESTRRAIN YOURSELF) : <ul style="list-style-type: none"> • Outils de communication et d'autogestion des comportements agressifs pour les patients. • Activités thérapeutiques et usage d'une salle de confort. • Planification des soins et supervision clinique des patients. • Formation sur la désescalade des patients agressifs. 	Résultats du volet quantitatif de l'étude : <ul style="list-style-type: none"> - Réduction statistiquement significative de 22% des taux de contention physique dans les unités d'intervention. 	-Contention physique
Duxbury et al. (2019b) Angleterre	Examiner les perspectives du personnel concernant la mise en œuvre du modèle RESTRRAIN YOURSELF dans les établissements de santé mentale.	Essai contrôlé non randomisé avec approche mixte (n=14 unités),	-Entrevues semi-structurées avec le personnel (n=36) (approche qualitative).	-Interventions du modèle adapté (RESTRRAIN YOURSELF) : <ul style="list-style-type: none"> • Outils de communication et d'autogestion des comportements agressifs pour les patients. • Activités thérapeutiques et usage d'une salle de confort. • Planification des soins et supervision clinique des patients. • Formation sur la désescalade des patients agressifs. 	Résultats du volet qualitatif de l'étude : <ul style="list-style-type: none"> -La mobilisation organisationnelle a eu un impact positif sur le personnel. -L'utilisation des données de mesure de l'utilisation de la contention physique dans la réflexion sur les bonnes pratiques a été bénéfique selon le personnel. - L'utilisation du retour post-événement a été considérée un changement culturel 	-Contention physique

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
					<p>massif. Toutefois, son utilisation est entravée par le manque de temps et le faible ratio de personnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'utilisation de l'outil d'autogestion des comportements (plan de sécurité) a été perçu comme un soin centré sur la personne. -L'intervention a permis une prise de conscience de l'impact de la contention ce qui a conduit le personnel à adopter des comportements interpersonnels moins menaçants et plus empathiques. 	
Goulet et Larue (2016) Canada	Examiner les fondements théoriques des modèles existants sur le retour post-isolement/contention.	Examen de la portée (n=28 écrits)	-Bases de données ciblées : CINAHL, Medline,	-Retour post-événement d'isolement et/ou contention.	<ul style="list-style-type: none"> - Le retour post-événement est une forme de pratique infirmière réflexive. - La typologie du retour post-événement est basée sur la cible de l'intervention (retour avec les patients, retour en équipe du personnel). - Les programmes incluant le retour post-événement montrent une réduction de 50% à 75% des 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement - Contention mécanique - contention physique

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
					évènements d'isolement/contention.	
Goulet et al. (2017) Canada	Examiner l'efficacité des programmes de réduction de l'isolement/contention chez les adultes hospitalisés en santé mentale.	Revue systématique (n=23 écrits)	-Bases de données ciblées : CINAHL, Web of Science, PubMed, Medline, Embase, Cochrane	-Programmes d'intervention de réduction de l'utilisation de l'isolement et les contentions.	-Six éléments clés prédominants dans les programmes: 1) le leadership; 2) la formation; 3) le retour post-isolement et/ou la contention; 4) l'implication du patient ;5) les outils de prévention et 6) l'approche de l'environnement thérapeutique. -Les programmes de réduction d'isolement/contentions améliorent la qualité et la sécurité des soins.	- Isolement - Contention mécanique - contention physique
Parra-Guzman et al. (2016) Espagne	Évaluer l'efficacité d'un programme basé sur le modèle des six stratégies de base sur la réduction de l'utilisation de la contention mécanique.	Étude expérimentale pré-post-test (n=1575 patients)	-Outil <i>Presencia</i> pour enregistrer les patients à risque de violence.	-Programme de quatre interventions : <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation du leadership organisationnel. • Enregistrement et suivi des patients à risque de violence. • Formation du personnel sur la désescalade. • Implication des patients dans la planification du traitement (plan de traitement individualisé, retour post-évènement). 	-Réduction significative du pourcentage de patients immobilisés et le nombre total d'heures de l'utilisation de la contention mécanique. -Augmentation significative de la durée moyenne de l'épisode de contention.	-Contention mécanique.

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
Hochstrasser et al. (2018) Suisse	Examiner l'association entre une politique de porte ouverte et la fréquence d'isolement et de contention chimique dans un hôpital de santé mentale.	Étude observationnelle longitudinale de 6 ans dans 6 unités de psychiatrie adulte (n=17 359 cas d'hospitalisation)	-Données documentées et fournies par les unités de soins.	-Ouverture permanente de 6 unités préalablement fermées.	-Réduction de la fréquence moyenne de l'isolement de 5,1 à 2,9 %. -Réduction de la durée de l'isolement de 27,1 à 18,2 heures. -Réduction de la contention chimique de 2,4 à 1,2 %	-Isolement -Contention chimique
Lickiewicz et al. (2021) Pologne	Traduire <i>Safewards</i> en polonais et (mesurer l'efficacité du modèle sur la réduction des contentions mécaniques dans un hôpital psychiatrique polonais.	Étude quantitative expérimentale (n=450 patients)	-Données documentées et fournies par les unités de soins.	Formation et utilisation de trois stratégies <i>Safewards</i> : *Mots positifs (renforcement positif) *Réassurance *Clarification des attentes mutuelles claires	-Réduction du nombre total des contentions mécaniques de jour (21%) et de soir (27%) comparé à la même période de l'année précédant l'expérimentation. -La durée de la contention n'a pas changé.	- Contention mécanique
Mangoil et al. (2020) Canada	Synthétiser la littérature sur le retour post-événement après l'utilisation de l'isolement ou de la contention.	Revue de la portée (n=42 écrits)	-Bases de données ciblées : MEDLINE, CINAHL, EMBASE, Scopus, PsycINFO, Cochrane, ProQuest	-Retour post-événement	Le retour post-événement est utilisé : - Comme pratique réflexive sur les événements de violence; -Pour prévenir la récurrence des événements; -Comme moyen de prévention des traumatismes des patients et du personnel suite à l'utilisation des mesures de contrôle; -Pour restaurer la confiance et la relation	-Isolement -Contention

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
					thérapeutique entre le personnel et les patients. Le retour post-événement est souvent intégré aux programmes de réduction des mesures de contrôle.	
Mc Keown et al. (2019) Angleterre	Explorer les points de vue du personnel et des patients sur la relation entre le niveau de dotation en personnel et l'utilisation de la contention dans les unités de santé mentale aiguë.	Étude qualitative exploratoire (n=130 membres du personnel, n=30 patients)	-Entrevues semi-structurés	-Dotation en personnel - Cette étude fait partie d'un grand projet qui a visé l'implantation du programme <i>Restrain Yourself</i> (RYS) dans 7 des 14 unités de soins qui ont participé à l'étude. - Le programme (RYS) visait à soutenir l'équipe de soins pour : une réflexion significative sur l'utilisation de la contention ; une meilleure compréhension de l'agressivité; une approche de partenariat avec le patient pour la minimisation des contentions ; la modification de l'environnement et des procédures; et un retour-post-événement efficace.	- Le manque de personnel correctement formé, aggravé par la complexité de l'état clinique des patients et le fardeau des tâches non cliniques, a réduit le temps de contact personnel-patients ce qui signifie que le personnel a eu des occasions limitées de connaître les patients et leurs antécédents et pour faire des interventions précoces pour désamorcer les situations conflictuelles. - Engagement restreint du personnel temporaire avec les patients. - Manque de compétences du personnel temporaire. - Le manque de personnel a été un obstacle pour l'implantation de certains outils faisant partie du programme RYS.	-Contention physique

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
Newman et al. (2018) États-Unis	Évaluer l'effet d'une formation du personnel sur l'approche axée sur le trauma sur les taux d'isolement des patients dans une unité de psychiatrie adulte.	-Étude mixte (n=88 membre du personnel)	- Questionnaire --Données sur l'isolement documentées et fournies par l'unité de soins.	-Formation sur les soins selon une approche axée sur le trauma. -La formation inclut aussi la présentation de 4 outils : un modèle de désescalade, l'échelle modifiée de désescalade des comportements agressifs, un outil de rappel des mesures alternatives à l'isolement, l'échelle d'agression manifeste modifiée.	- Réduction de 90,2% des heures d'isolement. -Les enquêtes réalisées auprès du personnel ont montré des gains de connaissances statistiquement significatifs du personnel, des changements non significatifs dans les attitudes du personnel à l'égard de l'isolement, des changements non significatifs dans la confiance du personnel en matière de compétences de désescalade.	-Isolement
Pettit et al. (2017) Angleterre	Explorer l'association entre la configuration des services (accès à l'isolement et aux unités de soins intensifs) et : 1) l'acceptabilité des différentes méthodes de confinement utilisées dans les services de psychiatrie aiguë en Europe ; 2) l'utilisation des différentes méthodes de confinement; et 3) la durée de contention en	Étude à conception transversale (n= 206 membres du personnel, n= 18 services)	- Questionnaire sur l'attitude à l'égard des mesures de confinement version 2 (ACMQv2) - L'outil Moylan de progression de l'agressivité (MAPAT)	-Disponibilité ou non d'une chambre d'isolement. -Disponibilité ou non d'unité de soins intensifs psychiatrique.	-La disponibilité d'une chambre d'isolement est associée à une acceptabilité et une utilisation élevée comme mesure de contrôle. - L'observation intermittente, l'observation constante et la contention manuelle étaient utilisées par la plupart des membres du personnel. -La disponibilité d'une unité de soins intensifs psychiatriques a été	-Isolement

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
	réponse à une crise d'agressivité.				montrée associée à une utilisation moindre de l'isolement en unité ouverte. - Lorsqu'il n'y avait pas de chambre d'isolement disponible, le personnel a mis plus de temps et a permis un plus grand degré d'escalade du patient avant de débiter la contention.	
Puzzo et al. (2019) Angleterre	-Examiner la relation entre le sentiment d'appartenance à la communauté de l'unité de soins, le climat social et les incidents de comportements perturbateurs.	Étude corrélationnelle (n=69 membres de personnel, n = 42 patients)	- Échelles : SCI-2, SOC, EssenCES	-Climat social du service (mesuré par l'EssenCES). - Sentiment d'appartenance à la communauté de l'unité de soins	- L'hypothèse, selon laquelle il y aurait une corrélation positive entre le SCI-2 (mesure du SOC) et l'EssenCES (mesure du climat social), s'est avérée exacte, confirmant que le SOC et le climat social sont des concepts liés. - La relation entre SOC et les incidents de comportements perturbateurs est restée significative lorsque le climat social a été contrôlé. -Ni le SOC ni le climat social ne se sont avérés reliés à l'isolement.	-Isolement
Tuly et al. (2016) Angleterre	-Évaluer l'effet d'une nouvelle stratégie d'intervention pour la	-Étude mixte : essai pilote non randomisé (n=11 patients)	-Collecte de commentaires lors des	Programme qui repose sur :	- Augmentation statistiquement significative du temps	-Isolement

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
	réduction de l'isolement à long terme dans un service de psychiatrie médico-légale à sécurité élevée.		rencontres d'équipe.	<ul style="list-style-type: none"> -L'intégration progressive au groupe des patients en isolement à long terme. -L'ajout d'un membre de personnel pour établir un programme d'activité sur mesure pour chacun des patients. -L'évaluation du risque de violence avant chaque activité. -Les activités comprennent : visite à la boutique et au café des patients, au centre sportif, des promenades sur le terrain de l'hôpital et des séances de cuisine et d'art. 	<p>passé en groupe à 6 et 12 semaines post-intervention.</p> <p>- En général, les commentaires du personnel étaient positifs. Les commentaires sélectionnés comprenaient : développement de la confiance pour la prise de décision de sortie du patient après son évaluation, amélioration la motivation et de l'engagement des patients dans les plans de soins selon le personnel.</p>	
Vakiparta et al. (2019) Finlande	-Identifier et décrire les interventions visant à réduire l'utilisation de l'isolement et de la contention mécanique dans les unités de soins psychiatriques pour adultes, ainsi que leurs résultats possibles.	-Revue intégrative des écrits (n=28)	-Bases de données ciblées : MEDLINE, CINAHL, PsycINFO.	Voir résultats	<p>-Interventions préventives qui réduisent le recours à l'isolement : interventions environnementales, formation du personnel, planification du traitement, utilisation des données sur l'isolement, évaluation du risque de violence.</p> <p>-Interventions de gestion des comportements : participation du patient, participation de la famille, recours aux activités</p>	<p>-Isolement</p> <p>-Contention mécanique</p>

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
					significatives pour le patient, modulation sensorielle. -Interventions pour réduire la contention mécanique : réglementation de la contention mécanique, atmosphère thérapeutique, formation du personnel, planification du traitement, participation du patient, activités thérapeutiques significatives pour le patient, modulation sensorielle.	
Van Melle et al. (2020) Pays-Bas	Étudier les associations entre la mise en œuvre du modèle HIC (<i>High intensive care</i>) et les taux d'isolement dans les services d'admission en psychiatrie aiguë de l'adulte.	-Étude quantitative (38 services dans 21 établissements, 7126 patients)	-Échelle de mesure du modèle HIC	-Structure d'équipe -processus de fonctionnement d'équipe -Interventions thérapeutiques -Organisation des soins -Documentation dans le dossier de santé électronique -Évaluation du patient et rétroaction sur la coercition.	-Les services ayant obtenu un score élevé sur l'échelle HIC ont moins d'heures d'isolement et moins de contentions chimiques que les services ayant un score faible sur l'échelle HIC.	-Isolement -Contention physique -Contention mécanique -Contention chimique
Whitecross et al. (2020) Australie	-Tester la mise en œuvre d'une équipe multidisciplinaire sur la gestion des comportements agressifs et l'utilisation des mesures de contrôle	Étude quantitative expérimentale pré-post-test (n=981 patients)	-Registre d'isolement de l'unité	-Mise en œuvre d'une équipe multidisciplinaire pour la gestion des comportements d'agressivité et la réduction des mesures de contrôle via : la détection précoce de l'agressivité, la prévention rapide avec l'usage de	-Le nombre total d'épisodes d'isolement et de contention physique ont considérablement diminué après la mise en œuvre de l'intervention. -Les taux d'agression verbale et physique ont	-isolement -Contention mécanique -Contention chimique

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
	dans une unité de soins de psychiatrie adultes.			médicaments, la résolution de conflits et les interventions sensorielles (ex. : musique, couvertures lestées, diversion)	été significativement réduits. -Les interventions les plus courantes étaient la désescalade verbale, les interventions pharmacologiques et la modulation sensorielle.	
Williams et Haeney (2022) Australie	-Évaluer l'effet de l'implantation d'une politique d'ouverture des portes d'une unité de soins psychiatriques aigus sur l'incidence de l'isolement, la contention et les comportements de violence.	Étude mixte observationnelle rétrospective (n=70 patients)	-Bases de données de l'unité de soins.	- Introduction de la politique de la porte ouverte durant la nuit de 19h30 à 7h00.	- Aucune différence significative du nombre d'heures d'isolement avant et après l'intervention. - Différence statistiquement significative dans l'utilisation de la contention chimique après l'intervention. Avant l'intervention, la contention chimique a été utilisée dans 53,2 % des isolements, et après, elle a été utilisée dans 69,4 % des isolements. - Réduction statistiquement non significative du taux de La contention physique après l'intervention.	-Isolement -contention physique -Contention chimique
Yakov et al. (2018) États-Unis	Explorer l'utilisation d'interventions de réduction sensorielle	Étude pilote non randomisé (n=n. d.)	Registre des données de l'hôpital.	Interventions sensorielles: -Visuelle : réduction de la lumière	-Réduction de la durée moyenne d'utilisation des	-Contention physique

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
	dans un milieu hospitalier psychiatrique pour réduire les taux d'agression et de contrainte.			<ul style="list-style-type: none"> - Auditive : réduction du bruit et introduction de la musique -Tactile et visuelle : activités artistiques -Proprioceptive : activité d'étirement et de mouvement associée à des techniques de relaxation -Activités gustatives et olfactives 	<ul style="list-style-type: none"> contentions de 72 % après les interventions. -Réduction du taux d'agression de 83%. 	
Ye et al. (2021) Chine	Évaluer un programme de formation à la désescalade basé sur cinq modules pour réduire la contention physique et ses effets indésirables sur les patients et les infirmières dans 12 services d'un hôpital psychiatrique.	Essai contrôlé randomisé en grappe et en simple aveugle (n=12 unités de soins)	N.d.	<ul style="list-style-type: none"> -Programme de formation à la désescalade basé sur cinq modules : la communication, la réponse au patient, les stratégies axées sur les solutions, les soins et l'environnement. -Cette formation est une adaptation du programme <i>REsTRAIN YOURSELF</i> du Royaume-Uni et des <i>Six Cores Strategies</i> des États-Unis. 	<ul style="list-style-type: none"> - La comparaison de l'utilisation mensuelle de la contention physique des patients hospitalisés et des patients admis dans les 24 h, n'a montré aucune différence dans l'utilisation mensuelle de la contention physique au cours des 6 premiers mois. - Tendance à la baisse de l'utilisation mensuelle de la contention physique des patients hospitalisés et des patients admis dans les 24 h - Tendance à la baisse de la durée moyenne de la contention physique du groupe expérimental après 6 mois - Réduction du nombre de blessures après la formation 	-Contention physique

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
Zimmermann (2021) États-Unis	Mettre en œuvre l'utilisation d'une salle de confort dans le but d'éviter le recours à l'isolement ou à la contention et de diminuer l'utilisation de benzodiazépines dans une unité de soins psychiatriques	Littérature grise (Thèse de doctorat en sciences infirmières). Étude mixte (n=26 employés, n=nd patients).	-Registre de l'unité de soins -Questionnaire	-Intervention de modulation sensorielle : utilisation d'une salle de confort. -formation du personnel et des patients sur son utilisation. - La pièce a été décorée avec des rideaux qui apportent une lumière ambiante et des citations inspirantes ont été appliquées sur trois des murs. La pièce dispose d'un bureau intégré et a également été meublée d'un fauteuil à bascule et <i>beanbag</i> surdimensionné. Les articles achetés pour être utilisés par les patients dans la salle de sérénité comprennent une machine à sons, du sable cinétique, des balles extensibles et des ficelles sensorielles, des tourniquets, des livres d'inspiration, des carreaux de sol non toxiques remplis de liquide, une lampe de nuit au sel de l'Himalaya et des balles à presser.	-Réduction significative du nombre de jours où la sédation, l'isolement ou la contention ont été utilisés - L'utilisation de la salle de sérénité a été documentée 19 fois avec une durée médiane d'utilisation de 15,0 minutes. - Les articles les plus fréquemment utilisés dans la salle de confort étaient les balles anti-stress (57,9 %) et une machine à sons (57,9 %). -Les patients avaient tendance à préférer une combinaison d'articles (63,2 %) plutôt qu'un seul (26,3 %) ou aucun article -Réduction de l'administration de la contention chimique quotidienne passant de deux fois et demi par jour avant la mise en œuvre de l'intervention à une fois par jour après l'intervention.	-Isolement -contention -Contention chimique à base de benzodiazépines
Tingleff et al., 2017 Danemark	Étudier les perceptions des patients adultes psychiatriques sur les situations avant, pendant et après des types	Examen systématique et une analyse thématique de 26 études évaluées par des pairs	-Bases de données ciblées : MEDLINE, Pubmed, CINAHL,	Voir résultats	- Pris ensemble, les thèmes et sous-thèmes étaient associés à « un impact positif ou négatif perçu par le patient ».	-Isolement -Contention mécanique -Contention physique

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
	spécifiques et définis de mesures coercitives	(n=26 études)	PsycINFO.		<p>-L'analyse a montré que « l'impact positif perçu par le patient » était caractérisé par une expérience de sentiment de sécurité, de calme et de contrôle de la situation. Alors que « l'impact négatif perçu par le patient » se caractérisait notamment par l'impuissance et la colère, mais aussi par des sentiments et émotions forts tels que l'anxiété, la tristesse, la vulnérabilité, la peur, l'humiliation et la solitude.</p> <p>- Avant la coercition Les situations avant la coercition étaient caractérisées par deux thèmes : « être soumis au contrôle des professionnels » et « comportement de protestation ».</p> <p>- Pendant la coercition Les situations pendant la coercition ont été caractérisées par deux thèmes : « être soumis au contrôle de professionnels » et « l'impact des mesures coercitives »</p>	-Contention chimique

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
					- Après coercition : Les situations après coercition ont été caractérisées par trois thèmes : « interactions avec les professionnels », « inconfort physique » et « autres conséquences »	
Brophy et al. 2016 Australie	Cet article se concentre sur les discussions concernant les effets de l'isolement et de la contention sur les consommateurs et les proches et sur ce que les participants pensaient être une mauvaise pratique à cet égard et ce qui y a contribué.	-Étude qualitative (Groupe de discussion) (n=30 patients et n=36 proches)	Enregistrement des discussions	Voir résultats	-Six thèmes ont émergé de l'analyse, à savoir : les droits de l'homme, les traumatismes, le contrôle, l'isolement, la déshumanisation et « l'altérité », et l'anti-récupération. -Les exemples de mauvaises pratiques identifiées par les groupes de discussion comprenaient l'utilisation d'une force excessive, le manque d'empathie, les attitudes paternalistes, le manque de communication et le manque de stratégies alternatives à l'utilisation de l'isolement et de la contention.	-Isolement -contention mécanique -Contention physique -Contention chimique
Mullen et al., 2022 Australie	Synthétiser les connaissances et la compréhension actuelles du Safewards en termes	-Revue de la littérature intégrative (n=19 articles)	- Bases de données ciblées : MEDLINE, Embase,	-Modèle <i>SafeWards</i> (voir résultats)	Six catégories clés ont été identifiées dans les conclusions des études examinées : formation,	-Isolement -Contentions

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
	de mise en œuvre, d'acceptabilité, d'efficacité et de la manière dont il répond aux besoins des patients au sein des unités de santé mentale des patients hospitalisés et médico-légaux.		CINAHL, PsycINFO.		stratégie de mise en œuvre, acceptabilité par le personnel, fidélité, efficacité et perspectives des consommateurs. Trois d'entre elles concernaient le processus de mise en œuvre de Safewards, et les trois autres concernaient les résultats de cette mise en œuvre.	
Allikmets et al., 2020 Angleterre	Évaluer la perception des patients atteints de troubles mentaux avec comportements violents par rapport aux soins et l'utilisation de l'isolement.	Étude qualitative phénoménologique (n=10 patients)	-Entrevues structurées	Voir résultats	-Le thème central des résultats était un manque de communication perçu dans la relation patient-professionnel , qui se manifestait en trois grands thèmes : (i) l'agression physique contre les patients, (ii) le manque de soutien social et psychologique et, (iii) la nécessité d'améliorer ou de remplacer la pratique de l'isolement.	-Isolement
Hammervold et al., 2021 Norvège	Explorer les perspectives des patients sur le retour post-événement par rapport à la façon dont ils vivent leur participation pour la prévention de la contention.	-Étude descriptive exploratoire avec une approche herméneutique phénoménologique (n= 2 unités de soins)	-Entrevues individuels	-Retour post-événement	-Les principaux résultats montrent que les patients ont vécu diverses expériences qui peuvent être placées sur un continuum allant d'expériences principalement positives, via l'indifférence, à des	-Contention physique et mécanique

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
					<p>expériences principalement négatives.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les résultats semblent porter principalement sur la manière dont le retour post-événements ont été organisés et sur la façon dont les patients ont vécu la rencontre en tant que patients hospitalisés, -Des expériences allaient de l'indifférence à des descriptions de non-sens à la participation au retour post-événement -Certains patients ont décrit avoir été déçus en raison du manque de communication vivante et de proximité 	
Camelot et al., 2020 France	-Comparer la composition des équipes médicales et soignantes entre la période de l'entrée et de la sortie d'isolement.	-Étude observationnelle monocentrique et prospective (n=124 épisodes d'isolement)	-Questionnaire -Dossier médical	-Composition des équipes de soins	-La comparaison de la composition des équipes entre l'entrée et la sortie d'isolement montre une différence significative en faveur de la levée d'isolement pour les éléments suivants: présence du médecin référent du patient, présence d'homme dans l'équipe soignants, présence d'infirmière spécialisée en psychiatrie	-Isolement

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
					et formation de l'ensemble des soignants à la prise en charge de l'agressivité.	
Corneau et al., 2017 Canada	Examiner l'expérience vécue du personnel infirmier exerçant en psychiatrie faisant usage de la contention mécanique.	-Étude phénoménologique (n=21 infirmières)	-Entrevues semi-structurées	Voir résultats	-Mixité des patients de tous âges et de tous diagnostics sur une même unité, ainsi que l'organisation spatiale de l'unité sont des facteurs présentés comme ayant un rôle déterminant sur l'incidence et la gestion des comportements perturbateurs. -Les éléments tels l'absence de fumoir ou de salle d'isolement, la fermeture de l'unité forme un contexte de pratique qui peut contribuer soit à l'escalade soit à l'usage prématuré de la contention mécanique. -Manque d'infirmière et de tout le reste du personnel soignant réduit le temps de disponibilité pour le patient -Expérience et formation du personnel influençant l'usage de la contention mécanique.	-Contention mécanique

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
					<ul style="list-style-type: none"> -Composition de l'équipe de travail -Processus de contention : évaluation du patients, interventions préventives, application de la contention, et retour post-événement. 	
Dike et al., 2021 États Unis	-Description de l'implantation et de l'impact d'interventions cliniques sur l'utilisation de la contention, de l'isolement, sur les blessures du personnel et l'indemnisation des accidents du travail dans hôpital psychiatrique.	Étude quasi expérimentale (n=27 unités de soins)	-Système hospitalier de gestion des notifications des risques.	<p>Interventions cliniques dérivées du modèle <i>Six Cores</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Leadership de changement organisationnel : *Création de : équipe projet, comité directeur et comité consultatif impliquant : haute direction, personnel de toutes les disciplines, médecins, patients. *Mécanismes d'examen des cas ayant subi des mesures de contrôle plus que 60 min. -Développement de la main-d'œuvre : <ul style="list-style-type: none"> *Formation : soins sensibles aux traumatismes, techniques de modulation sensorielle 	<ul style="list-style-type: none"> -Réduction des indices de violence chez les patients. -Réduction du nombre d'heures annuelles de contentions de 89 % -Réduction de 18% du nombre de blessure annuel du personnel. -Réduction statistiquement significative du nombre d'heures annuelles de l'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> -Isolement -Contention

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
				<p>*Reconnaissance des employés</p> <p>-Utilisation des outils de prévention des mesures de contrôle</p> <p>*Ergothérapie</p> <p>*Chambres confort : éclairage tamisé, sièges confortables, chaise berçante, peintures murales, lecteur de CD, une machine à sons en cascade et outils de modulation sensorielle.</p> <p>-Utilisation des données pour éclairer la pratique : Examen des données et introduction de : protocole de suivi des patients, un outil de suivi de la contention, un outil de suivi du plan de soutien comportemental.</p> <p>-Rôles des patients en milieu hospitalier : Impliquer les patients dans le traitement et retour post-événement.</p> <p>-Techniques de débriefing : termes de langage et approches alternatives de désescalade que le personnel et le patient auraient pu employer. Les préférences personnelles des patients en termes de ce qui aide par rapport à ce qui aggrave une situation lorsqu'un individu est</p>		

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
				agité ou dérégulé ont été ajoutées à la fois à l'évaluation de l'admission en soins infirmiers et à l'évaluation annuelle des soins infirmiers.		
Goulet al., 2018 Canada	Développer et évaluer une intervention de retour post-isolement et/ou contention » dans une unité de soins psychiatriques.	Étude de cas participative (n= 12 personnels et n= 3 patients) (données sur l'isolement : n=195 admissions)	Entrevues individuels semi-structurés	-Implantation du retour post-isolement-contention avec le personnel soignant et avec les patients -Formation du personnel sur le retour post-événement	-Retour avec le patient: a permis au personnel d'explorer le point de vue du patient et de rétablir la relation de confiance avec lui. -Retour avec l'équipe soignante : Retour fait si la mesure était perçue comme difficile ou complexe ou s'il y avait de l'agressivité. A été considéré comme une opportunité d'apprentissage, qui pouvait conduire à des ajustements dans l'intervention. -Réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention 6 mois après l'intervention.	-Isolement -Contention physique -Contention mécanique
Oostermeijer et al., 2021 Australie	Fournir un aperçu des caractéristiques de conception physique des établissements de santé mentale qui peuvent réduire le recours à	Revue rapide des écrits (n=35)	-Bases de données ciblées : MEDLINE, Cochrane, Scopus, Avery.	Voir résultats	-Environnement physique bénéfique pour la réduction de l'isolement et la contention: *Respect de l'intimité *Accès à un espace d'activités thérapeutiques	-Isolement -Contention

Étude/pays de provenance	But	Devis/ Échantillon	Outils de collecte de données	Facteurs de l'environnement étudiés	Principaux résultats de l'étude	Mesures de contrôle étudiées
	l'isolement et à la contention physique.				*Accès à un jardin fermé, aux installations sportives *Contrôle de lumière -Salle de confort : utilisation des outils et techniques de modulation sensorielle avec formation du personnel -Espaces privés et calmes : bruit, lumière	

N. D. : non déterminé.