



UNIL | Université de Lausanne

Hes·SO

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Fachhochschule Westschweiz

University of Applied Sciences and Arts
Western Switzerland

Master ès Sciences en sciences infirmières

Master conjoint

UNIVERSITE DE LAUSANNE

Faculté de biologie et de médecine, Ecole de médecine

et

HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE

Domaine santé

LES CHAMBRES DE SOINS INTENSIFS EN PSYCHIATRIE : ÉTUDE DESCRIPTIVE DU VÉCU DES PATIENTS ET DE L'ÉVALUATION DE L'EFFET THÉRAPEUTIQUE PAR LES SOIGNANTS

DOROTA DROZDEK

MÉMOIRE CODIRIGÉ PAR
PROF. DIANE MORIN, IUFRS
ET PROF. JERÔME FAVROD, HES LA SOURCE

JUILLET 2012

Composition du jury

Présidente du jury : Prof. L. Sechaud

Directrice de mémoire : Prof. D. Morin

Co-directeur de mémoire : Prof. Jérôme Favrod

Membre expert : Dr. Ch. Bonsack, MER

Sommaire

Problématique. La chambre de soins intensifs (CSI) continue à être utilisée dans des hôpitaux psychiatriques comme une alternative de dernier recours. Les soignants soutiennent son utilisation, en la considérant comme un moyen de gérer l'agressivité et la violence pouvant survenir en phase aiguë. Les patients perçoivent des effets négatifs à cette mesure : atteinte à leur autonomie, dévalorisation, sentiment de punition ou effets traumatisants pour une majorité d'entre eux. Or, ce vécu négatif du patient peut influencer sur la poursuite du traitement. Il est donc essentiel de pouvoir mesurer l'impact de l'isolement sur le patient afin d'en prévenir les effets traumatisants. Parallèlement, il semble important de s'intéresser au point de vue des soignants quant aux effets thérapeutiques de cette mesure. Les équipes soignantes sont les plus exposées à des prises en charge des patients en CSI. Leur point de vue pourrait contribuer au travail thérapeutique entre les membres de l'équipe et le patient concerné par cette mesure. **But.** Le but de cette étude est de mesurer et de décrire le vécu de l'isolement en termes de pénibilité perçue de la part du patient, ainsi que l'impression clinique des soignants sur l'effet de la CSI. Comme objectif secondaire, les corrélations entre les dimensions du vécu et de la compréhension du patient sont explorées, ainsi que celles entre le niveau de pénibilité et la durée du séjour en CSI. **Méthode.** Le devis quantitatif descriptif corrélationnel a été appliqué pour 25 patients et 25 infirmières, recrutés selon un échantillonnage par convenance. Pour explorer le vécu des patients, l'instrument *Coertion Experience Scale* a été utilisé. Il a permis d'évaluer le vécu selon six dimensions : humiliation, effets physiques pénibles, séparation avec le personnel soignant, environnement, peur, contrainte appliquée. Pour les soignants, l'échelle *Clinical Global Impression* a été administrée. **Résultats.** Sur une échelle de 0 à 4,

trois dimensions ont été vécues comme fortement pénibles : contrainte appliquée (M = 2,92), humiliation (M = 2,46) et séparation avec les soignants (M = 2,26). Trois autres dimensions ont été décrites comme légèrement ou moyennement pénibles : environnement (M = 1,76), effets physiques pénibles (1,35) et peur (0,62). 64% des soignants ont estimé que la CSI a fortement amélioré l'état du patient en le comparant avec son état avant la mise en CSI. Le degré de compréhension qu'a le patient de sa mise en CSI est inférieur à la compréhension moyenne. Trois dimensions de pénibilité (humiliation, séparation avec les soignants et environnement) sont corrélées négativement avec un élément de la compréhension (*Mon état le nécessitait*). La dimension « contrainte appliquée » a été plus élevée chez les patients passant moins de 7 jours en CSI que chez les patients y passant 7 jours et plus. **Conclusion.** Malgré ses limites, cette recherche confirme que l'utilisation de la CSI par les cliniciens doit être constamment évaluée. En effet, le vécu pénible de la CSI peut avoir une influence sur la manière dont le patient comprend son utilisation et ainsi sur son rapport aux soins qui lui sont prodigués. De ce point de vue, le rôle des infirmières implique de travailler de manière proactive avec les patients afin de créer un environnement qui respecte au maximum les droits fondamentaux, tout en offrant des soins de qualité.

Mots clés : chambre d'isolement (psychiatrie), vécu des patients, évaluation des infirmières, contrainte.

Summary

Background. Seclusion room is still used in psychiatric in-patient units and considered as a last choice intervention. Caregivers approve its use as an intervention to decrease disturbed and violent behaviors in acute phases. Patients perceive negative effects of this therapeutic setting, such as violation of their autonomy, depreciation, feeling of punishment, traumatic effects. These negative perceived experience can impair treatment continuation. Thus, it is essential to measure impact of seclusion on patients to prevent posttraumatic effects. Furthermore, it is essential to assess caregivers' point of view on this therapeutic intervention. Thus, to better improve work between patients and caregivers. **Goal.** To assess and describe seclusion experience of patients and clinical impression of caregivers. Secondary goal is to explore correlations between the patients' subjective experience and the patients' understanding, and between the patients' subjective experience and the duration of stay in seclusion room. **Method.** This correlational descriptive study was conducted using a convenience sample of 25 patients and 25 nurses. The Coercion Experience Scale was used to explore the patients' subjective experience. The Clinical Global Impression was used to evaluate the nurses' evaluation. **Results.** Three dimensions (0-4 scale) were experienced as highly difficult: coercion (M = 2,92), humiliation (M = 2,46), separation (M = 2,26). Three other dimensions were described as mildly to moderately difficult: negative environment (M = 1,76), physical adverse effects (M = 1,35), fear (M = 0,62). For 64% of caregivers seclusion room highly improved the patients' state when compared to before seclusion room intervention. The patients' level of understanding of seclusion room intervention was inferior to mean understanding. Three dimensions (humiliation, separation, negative environment)

were negatively correlated to one item of the understanding scale (*My state needed it*). The coercion score was higher in the subgroup of patients with a median duration stay in seclusion room inferior to 7 days when compared to the subgroup of patients with a median duration stay superior or equal to 7 days. **Conclusion.** Despite its limitations, this work confirms that seclusion room intervention use in in-patient psychiatric units needs to be consistently assessed. Yet, the patients' negative subjective experience may impact the patients' understanding of its use. Furthermore, it may negatively impair the patients' perception of received care. The nurses' major role is to work actively with patients in order to respect the patients' fundamental human rights and offer them quality care.

Key words. Seclusion room (psychiatry), patients' subjective experience, nurses' assessment, coercion.

Table des matières

<i>Sommaire</i>	iii
<i>Summary</i>	iii
<i>Liste des tableaux</i>	v
<i>Liste des figures</i>	vi
<i>Liste des abréviations</i>	vii
<i>Remerciements</i>	viii
INTRODUCTION	1
PROBLÉMATIQUE	4
Évolution historique.....	5
Prévalence de l'utilisation de l'isolement en milieu hospitalier psychiatrique ...	7
Conflit des logiques.....	9
Description de la CSI et des pratiques cliniques	11
Justification de la recherche.....	12
REVUE DES ÉCRITS	15
Stratégies de recherche des écrits.....	16
Définition de l'isolement et de la CSI en psychiatrie.....	17
La crise	19
Les aspects légaux et éthiques	21
La mise en chambre de soins intensifs	24
<i>Justifications cliniques</i>	24
<i>Points de vue des soignants</i>	26
<i>Points de vue des patients</i>	27
Quelles alternatives pour réduire la contention et l'isolement ?.....	29
CADRE THEORIQUE	32
Théorie d'Imogène King.....	33
Principes éthiques	40
<i>Le principe d'autonomie</i>	41
<i>Le principe de bienfaisance</i>	42
<i>Le principe de non-malfaisance</i>	42
<i>Le principe de justice</i>	42
MÉTHODE	44
Devis	45
Milieu de l'étude.....	45

Population cible	46
Population accessible	46
Echantillon	46
<i>Critères d'inclusion</i>	47
<i>Critères d'exclusion</i>	47
<i>Taille d'échantillon</i>	47
Recrutement et récolte de données	47
<i>Phases de recrutement</i>	48
<i>Modalités de recrutement</i>	48
Instruments de mesure	49
Plan d'analyse	51
Considérations éthiques	52
RÉSULTATS	53
Caractéristiques des patients.....	54
Caractéristiques des soignants	57
Le vécu subjectif de la CSI en termes de pénibilité	57
La compréhension	59
L'évaluation de l'effet de la CSI.....	60
Exploration des corrélations.....	61
Alternatives proposées par les patients.....	63
DISCUSSION	65
Caractéristiques des patients.....	66
Le vécu de la CSI en terme de pénibilité.....	68
Evaluation de l'effet thérapeutique de la CSI	73
Relation entre le vécu des patients et l'appréciation des infirmières.....	74
Relation entre les facteurs de pénibilité et les items de la compréhension	74
Lien entre la durée du séjour en CSI en la pénibilité de la contrainte	76
Les alternatives proposées	77
Pertinence du cadre théorique	78
<i>Théorie d'Imogène King</i>	78
<i>Principes éthiques</i>	79
Limites de l'étude	80
<i>Recrutement et recueil des données</i>	80

<i>Instruments</i>	81
<i>Validité externe</i>	82
Recommandations pour la pratique clinique, la recherche, enseignement	82
<i>Pratique clinique</i>	82
<i>Recherche</i>	84
<i>Formation</i>	84
CONCLUSION	86
RÉFÉRENCES	89
APPENDICES	98
<i>Appendice A</i>	99
Echelle Coetron Experience Scale version français	99
<i>Appendice B</i>	105
Données médicales	105
<i>Appendice C</i>	107
Echelle d'amélioration CGI.....	107
<i>Appendice D</i>	109
Formulaire d'information pour les patients	109
<i>Appendice E</i>	112
Formulaire d'information pour les soignants.....	112
<i>Appendice F</i>	115
Formulaire de consentement	115
<i>Appendice G</i>	117
Approbation de la Commission Cantonale d'éthique	117

Liste des tableaux

Tableau

Tableau 1. Caractéristiques des patients.....	56
Tableau 2. Durée de séjour	56
Tableau 3. Caractéristiques des soignants	57
Tableau 4. Souvenir de la CSI et degré de pénibilité perçu (Échelle visuelle)	58
Tableau 5. Évaluation de l'effet de la CSI.....	61
Tableau 6. Relation entre les facteurs de pénibilités perçus et l'évaluation des infirmières.....	61
Tableau 7. Corrélations entre les facteurs de pénibilité et la compréhension	62

Liste des figures

Figure

<i>Figure 1: Le modèle de King : le processus d'interaction-transaction des soins infirmiers</i>	<i>38</i>
<i>Figure 2. Pénibilité perçue selon 6 facteurs</i>	<i>58</i>
<i>Figure 3. Compréhension par le patient du recours à la CSI.....</i>	<i>60</i>
<i>Figure 4. Comparaison des groupes à moins de 7j et à 7j et plus.....</i>	<i>63</i>

Liste des abréviations

ASSM : Académie Suisse des Sciences Médicales

CES : Coertion Expérience Scale

CGI : Clinical Global Impression

CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSI : Chambre de Soins Intensifs

DA : Directives Anticipées

LSP : Loi sur la Santé Publique

PGE : Psychiatrie Générale

Remerciements

Ce travail de maîtrise a été réalisé avec la collaboration et le soutien précieux de plusieurs personnes. Je tiens à remercier sincèrement :

- Diane Morin, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement pédagogique de deux ans de qualité exemplaire. Sa force et son implication pour la profession représentent pour moi un modèle à suivre.
- Jérôme Favrod, mon co-directeur de mémoire, pour son expertise de clinicien et de chercheur qui a été indispensable dans la réalisation de ce travail.
- La Direction des Soins du Département de Psychiatrie pour m'avoir offert l'opportunité de réaliser une maîtrise en sciences infirmières.
- Roland Philippoz, adjoint à la Direction du PGE, pour son soutien précieux.
- Jacques Herrgott, mon supérieur hiérarchique direct, pour son attitude zen et son humanité.
- Mes collègues du binôme : Bruno Robalo et Gaëtan Follonier, pour m'avoir supportée durant ces deux années qui nous ont paru si longues...
- Les participants, patients et infirmières, pour m'avoir consacré leur temps précieux.
- Les équipes de la section Jaspers, pour leur patience, leur bienveillance et leur implication durant toute la période de ma formation.
- Andréa Cantinotti pour sa minutieuse relecture.
- Tifenn Raffray pour la traduction du résumé en anglais.

- Stéphanie Barbey pour avoir toujours été là durant cette période tempétueuse
- La volée Master 2010-2012, pour l'esprit de solidarité qui m'a beaucoup aidé à vivre certaines épreuves qui ont accompagné cette période.
- Ma famille en Pologne, pour m'avoir soutenue à distance et pour m'avoir transmis leur persévérance.

INTRODUCTION

Actuellement, dans tous les milieux de soins, le principe de non-contrainte est privilégié, mais il n'est pas toujours possible d'éviter les mesures coercitives. Dans le canton de Vaud, La Loi sur la Santé Publique (LSP), interdit de manière générale, les mesures de contraintes. A titre exceptionnel, ces mesures peuvent être prises, si la personne présente un danger pour sa sécurité ou sa santé ou pour des tiers ou si d'autres mesures, moins restrictives, ont échoué ou n'existent pas (LSP, 1985). La chambre de soins intensifs (CSI, *seclusion* en anglais) fait partie des interventions coercitives dans les hôpitaux psychiatriques. Elle est utilisée de manière régulière lorsque les patients en crise aiguë perdent le contrôle sur eux, deviennent agités et agressifs envers l'entourage, tout cela étant signe d'une exacerbation des symptômes liés aux troubles psychiatriques. Dans ce cas, la CSI a pour but de structurer et de reconstruire l'équilibre psychique du patient.

La CSI et une mesure de contrainte et, par définition, représente, une atteinte à la liberté individuelle des patients. De ce fait, elle est sujette à des débats juridiques, politiques, éthiques, cliniques qui incluent les proches des personnes pour lesquelles ces mesures ont été utilisées. Le but de cette étude n'est pas de mettre en évidence les effets négatifs de la CSI, mais, bien au contraire, de rendre moins tabou le sujet de l'isolement en psychiatrie. Pour cette raison, les patients ayant été en CSI en sont le sujet, ainsi que leurs infirmières référentes. La présente étude a pour but de décrire le vécu subjectif des patients ayant été en CSI et l'appréciation des infirmières sur l'effet de cette mesure. Ce mémoire est constitué de six chapitres. Dans le premier chapitre, la problématique du sujet de recherche est exposée sous angle de l'évolution historique de l'isolement en psychiatrie,

passant en revue les aspects épidémiologiques à l'échelle internationale, la description de la CSI et, enfin, la justification de la recherche. Dans le deuxième chapitre, la recension des écrits récents est présentée. Elle contient différents thèmes, tels que : la définition de l'isolement, les aspects légaux et éthiques en lien avec le thème du travail, les perceptions des patients et des soignants sur la CSI et les alternatives à la CSI. Le troisième chapitre est consacré au cadre théorique dans lequel la recherche s'inscrit ; la théorie d'atteinte des buts d'Imogène King, suivi par le développement des principes éthiques. Le quatrième chapitre décrit la méthode appliquée pour réaliser cette recherche et pour atteindre les objectifs fixés. Elle spécifie le devis, le milieu de recherche, l'échantillon, ainsi que les modalités de recrutement et du recueil de données. Dans le cinquième chapitre, les résultats de la recherche sont présentés afin d'apporter les réponses aux questions et aux buts fixés au début. Le sixième chapitre est la discussion. Elle consiste à confronter les résultats obtenus à la littérature scientifique employée pour la recension des écrits. Cette partie se termine par la description de la pertinence du cadre théorique, les limites de la recherche, les implications (pour la clinique, la recherche et la formation) et la conclusion.

PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, un bref historique de l'isolement en psychiatrie est d'abord présenté. Il se poursuit avec l'aperçu des aspects épidémiologiques de l'utilisation de l'isolement à une échelle internationale, une mise en évidence des différentes positions concernant l'utilisation de l'isolement et se termine avec la justification du choix du sujet d'étude.

Évolution historique

D'un point de vue historique, depuis la fin du XVIIIe siècle, l'isolement représente, parmi les mesures de contraintes, un phénomène important dans l'évolution de la psychiatrie. Les premiers principes de base de la contention et de l'isolement comme des mesures non punitives, ont été décrites par le médecin français, Philippe Pinel. Avec son surveillant Jean-Baptiste Pussin, il a conçu le projet de l'abolir des chaînes qui prévalaient alors pour contenir les manifestations agressives.

En mai 1795, Pinel a été nommé à la Salpêtrière pour effectuer le classement des malades, séparant les agités et les calmes. Dans son "Traité médico-psychologique de l'aliénation mentale", il a introduit le traitement moral en postulant que le patient malade ne manifeste pas constamment sa folie. Cela signifie qu'il y a chez lui une partie raisonnable à laquelle le médecin peut avoir accès. Pinel est demeuré un partisan de la libération tout au long du XIXe siècle, ce qui se manifeste dans ses conceptions thérapeutiques dans des asiles. Grâce à lui, l'insensé est devenu une personne avec des droits. Cette approche a été officialisée

par la proclamation de la République et de ses valeurs, qui a abouti à la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (Foucault, 1972 ; Friard, 2002).

En psychiatrie, la problématique de l'isolement est apparue avec le mouvement de reconnaissance des droits des patients soutenu par des associations de patients et des proches. Depuis les dernières décennies, l'éloignement du modèle paternaliste est bien marqué et il y a une tendance à le remplacer par un modèle qui privilégie l'autonomie et l'autodétermination de la personne (Bardet Blochet, 2009; Friard, 2002; Keski-Valkama et al., 2010). Il est important de souligner que, dès lors, de nombreux pays cherchent constamment des alternatives pour diminuer les mesures de contraintes en psychiatrie ; ces pays adaptent leurs législations en se basant sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé qui a publié en 2005 un ouvrage de référence portant sur les Droits de l'homme et la législation sur la santé mentale (Funk, 2005). Dans ce contexte, beaucoup de pays occidentaux ont vu fleurir des initiatives et des législations visant à réduire des mesures de contraintes sans pour autant trouver d'autres alternatives (Bergk, Flammert & Steinert, 2010; Sailas & Wahlbeck, 2005; Steinert et al., 2010). Typiquement, en Suisse, dans le canton de Vaud, la Loi sur la Santé Publique (LSP, 1985) interdit toute mesure de contrainte. Notons que les mesures de contrainte ou de contention couvrent un domaine relativement large. On peut distinguer différents types de mesures de contrainte : la contention mécanique (attaches), l'isolement dans une chambre qu'on appelle la CSI, la contention médicamenteuse et le traitement forcé (Académie Suisse des Sciences Médicales, 2005).

Prévalence de l'utilisation de l'isolement en milieu hospitalier psychiatrique

Les études épidémiologiques sur l'isolement montrent une grande variation de son utilisation dans des unités hospitalières psychiatriques. En effet, dans la littérature, les taux des patients qui sont exposés à l'isolement ou d'autres mesures de contrainte varient entre 0% et 66%. Ces taux sont influencés par différents facteurs : les protocoles d'utilisation, la législation, les infrastructures disponibles (unités ouvertes ou fermées), le nombre de personnel spécialisé en psychiatrie ou non spécialisé (Palazzolo, 2002; Steinert et al., 2010; Bowers, 2007). Fréquemment cité dans la littérature, le taux de 66% de patients psychiatriques isolés provient d'une étude faite dans une unité des patients schizophrènes qui ne recevaient aucun traitement médicamenteux. L'isolement et la contention étaient les seuls moyens de maîtriser l'agitation (Wadeson et al., 1976, dans Palazollo, 2004). Une revue récente de littérature comparant l'utilisation de l'isolement et d'autres types des contraintes dans différents pays montre que les variations de taux d'isolement sont grandes : par exemple ce taux se situe à 0,2% au Royaume Uni contre 11,6% aux Pays-Bas. Cette différence s'explique par le fait qu'aux Pays-Bas la législation sur la médication sous contrainte est restrictive, raison pour laquelle l'isolement est plus utilisé. Un écart important a été démontré entre l'utilisation de l'isolement et de la contention mécanique entre les hôpitaux allemands et suisses (Martin, Bernhardsgrutter, Goebel & Steinert 2007).

Selon une recherche en Grèce (Bilanakis, Kalampokis & Peritogiannis, 2010), 11,0% des sujets ont été soumis à une forme de contrainte physique et 9,55% des patients ont été touchés par l'isolement ou l'attachement. Une étude américaine contient les résultats qui s'en approchent, car 12% des patients inclus dans la

recherche ont vécu un épisode d'isolement (Hendryx, Trusevich, Coyle, Short & Roll, 2010). Concernant la France, dans la région alsacienne, on y estime dans un hôpital psychiatrique que le taux d'isolement des patients psychiatriques est de 5% (Baratta & Morali, 2010).

En Suisse, selon Martin et al., (2007), 17,8% des patients ont été mis en isolement ; un chiffre à comparer aux 7,8% des patients mis en isolement en Allemagne. Afin de comprendre cet écart, il est important de comparer le taux des patients touchés par la contention mécanique : 6.6% en Suisse et 10.4% en Allemagne. Cet exemple confirme le postulat d'un grand écart entre les pays en matière d'indicateurs sur l'utilisation des mesures de contrainte, du type des patients admis, des législations nationales, des caractéristiques des équipes soignantes et d'éléments architecturaux. (Bowers et al., 2007; Sailas & Wahlbeck, 2005; Steinert, et al., 2010).

Pour ce qui est du contexte cantonal suisse, le rapport de Bovet (2008) sur les mesures de contention dans les hôpitaux psychiatriques du Canton de Vaud, relate quelques données concernant le recours à la CSI. Le Service de Psychiatrie Générale aurait connu un taux de patients mis en CSI de 19,1% sur tous les patients hospitalisés en 2008. Il est important de souligner que ces données doivent être considérées avec beaucoup de prudence, car le recours à la CSI dans ces unités peut dépendre de différents éléments propres à ces services (architecture des lieux, dotation en personnel soignant, taux d'occupation des lits à l'hôpital en 2008 de 101, 1%, ce qui peut amener à utiliser, selon Bovet, les CSI comme « chambres normales », (p. 28). Finalement, chaque patient mis en CSI devrait avoir une chambre normale à disposition afin que le séjour dans la CSI soit le plus court possible et qu'il puisse, dès que son état le permet, rejoindre une chambre normale. Dans la réalité, cela n'a pas toujours été le cas à cause d'un taux

d'occupation des chambres dépassant 100%. Par conséquent, les patients dont l'état était en amélioration, n'ont pas pu rejoindre rapidement une chambre normale et pour cette raison, ils sont restés dans la CSI jusqu'à ce qu'une place se libère, ce qui augmente de manière considérable le taux d'occupation des CSI ainsi que la durée du séjour en CSI.

Conflit des logiques

Malgré les faibles preuves d'effets bénéfiques des traitements coercitifs (Sailas & Fenton, 2000), il est souvent affirmé que le traitement des patients souffrant de troubles psychiatriques est impossible sans les mesures de contention. Cela découle d'une réalité clinique en milieu aigu qui consiste à gérer des situations d'agressivité ou d'agitation que le patient peut présenter lors d'une décompensation. Dans ce cas, l'utilisation de la CSI reste souvent la seule alternative qui se justifie par la dangerosité du patient ; celle-ci se manifeste par des comportements agressifs et de la violence, ce qui occasionne un risque pour le patient lui-même, les autres patients ou pour le personnel soignant (ASSM, 2005 ; Bardet-Bloch, 2009).

En outre, le débat sur les aspects éthiques et l'utilisation de la CSI continue et son utilisation reste controversée. Effectivement, l'utilisation de l'isolement suscite des questions éthiques incontournables : si certains auteurs considèrent qu'il s'agit là d'une atteinte à la dignité et à l'autonomie de la personne compte tenu des effets indésirables pour le patient, d'autres considèrent qu'elle ne peut pas être supprimée faute d'autres alternatives pour gérer des comportements violents et agressifs comportant des risques pour soi-même ou autrui, faute d'alternatives (Cano et al., 2011; Clearly, Hunt & Walter, 2010; Prinsen & van Delden, 2009; Steinert, et al., 2010).

Les différentes études montrent des divergences des points de vue entre les soignants et les patients sur leurs perceptions du vécu et de l'utilisation de la CSI. Les soignants soutiennent son utilisation en la considérant comme un moyen de gérer l'agressivité et la violence dans des services psychiatriques aigus (Happell & Koehn, 2011b; Meehan, Bergen & Fjeldsoe, 2004). Certains professionnels sont d'avis que, malgré l'impact que l'isolement peut avoir sur le patient, ses effets bénéfiques sont dans la plus large majorité reconnus ; ainsi, le patient est plus calme quand il sort de CSI (Happell & Koehn, 2011a). De plus, la CSI représente une alternative pour garantir la sécurité du patient, celle des soignants et de l'entourage en cas de danger imminent que le patient décompensé peut manifester (Happell & Koehn, 2011b). Afin de confirmer ce constat, une revue de la littérature évoque que la grande majorité des infirmières considèrent l'isolement comme une stratégie de conservation du bien-être des patients et du maintien d'un environnement sûr pour le personnel et les patients (Frueh et al., 2005).

Du point de vue des patients, pour la majorité d'entre eux, ils perçoivent les effets négatifs, tels que l'atteinte à leur autonomie, la dévalorisation, le sentiment de punition, et les effets traumatisants (Cano, et al., 2011; Frueh et al., 2005; Holmes, Kennedy & Perron, 2004; Mason & Brady, 2009; Palazzolo, 2004). Le vécu négatif du patient peut avoir une influence sur la poursuite du traitement. De ce fait, les patients développent une perception négative des services de santé mentale, ce qui affaiblit l'alliance thérapeutique et, par conséquent, a un impact négatif sur le traitement (Frueh, et al., 2005; Steinert et al., 2007).

Description de la CSI et des pratiques cliniques

La CSI peut être caractérisée ainsi : il s'agit d'une chambre individuelle dont l'accès se fait par deux portes entre lesquelles se situe un sas de sécurité. La porte est fermée à clef et pour cette raison, le patient dispose d'une sonnette qui lui permet de solliciter le personnel soignant à tout moment. Une surveillance intensive est également mise en place. Des sanitaires (WC+lavabo) sont présents et peuvent être verrouillés en cas de besoin, les meubles sont en mousse et les vitres sont incassables. Tout matériel dangereux y est exclu.

Le CSI est prescrite lorsque la crise que le patient est en train de vivre le met lui-même ou son entourage en grave danger. Elle peut également être prescrite par l'équipe interdisciplinaire comme un moyen de diminution des stimuli lorsque les patients en phase de décompensation de certaines pathologies psychiatriques, font face à une surstimulation sensorielle et une approche relationnelle est impossible. La mise en CSI est donc une mesure thérapeutique qui implique que le patient se trouvant initialement dans un environnement ouvert, au contact des autres patients, de l'équipe soignante ou d'autres personnes, soit mis sous contrainte dans une chambre spécifique, seul et enfermé, d'où il peut être observé. Elle est une privation de liberté rendue nécessaire par l'état du patient et par la sécurité de l'environnement humain. Cette mesure répond à une urgence clinique et doit prendre fin dès que l'effet thérapeutique est obtenu. Le recours à ce soin contraint doit donc rester une réponse ultime et pour une durée qui soit la plus courte possible. La mise d'un patient dans une CSI induit l'instauration d'un dispositif d'accompagnement thérapeutique intensif, ainsi qu'une surveillance infirmière et médicale.

En psychiatrie, le cadre des soins intensifs et de la CSI est régi par un protocole. Les patients se trouvant dans des chambres d'isolement bénéficient de soins individuels qui sont prescrits dans le protocole par l'équipe interdisciplinaire. La contractualisation des soins avec le patient est privilégiée dans la mesure du possible afin de donner la possibilité de définir les objectifs thérapeutiques communes ainsi que certaines modalités, telles que : la formalisation des sorties en dehors de la chambre ou la fréquence des entretiens.

Justification de la recherche

Comme il a été énoncé, en pratique clinique, le conflit sur les effets de l'isolement est bien présent entre les logiques des patients et celles des soignants. Pour les soignants, cette mesure a des effets thérapeutiques positifs ; au contraire, les patients témoignent de leur vécu souvent traumatisant de la CSI. Pour cette raison, il est recommandé d'en mesurer l'impact psychologique pour le patient dans le but de prévenir d'éventuels traumatismes (Bergk et al. , 2010).

Il s'avère que l'isolement ne peut pas être supprimé dans l'état actuel des connaissances (Meehan et al., 2004). Son utilisation est souvent justifiée comme étant une stratégie importante pour la gestion d'une violence ou agression en vue d'assurer la sécurité des patients et des soignants. Par conséquent, l'isolement continue à faire partie des pratiques cliniques en psychiatrie. De ce fait, un dialogue entre les patients et les soignants doit être instauré afin d'essayer de trouver d'autres alternatives et de questionner la qualité de la prise en charge d'un patient en CSI. Dans cette perspective, il est suggéré d'intégrer le vécu et les suggestions des patients qui ont été en isolement afin de rechercher des améliorations (Kontio et al., 2012). Une meilleure connaissance de la perception des patients pourrait aussi apporter un éclairage au personnel soignant sur les éventuelles conséquences

négligentes de l'isolement sur la réussite du processus thérapeutique, et par conséquent sur la santé des patients à long terme. Parallèlement, il semble important de s'intéresser au point de vue des soignants sur les effets de cette mesure. Les équipes soignantes sont les plus exposées à des prises en charges des patients en CSI. Leur point de vue pourrait contribuer au travail thérapeutique entre les membres de l'équipe et le patient concerné par cette mesure.

L'expérience clinique de l'étudiante chercheuse confirme l'utilisation fréquente de l'isolement dans des services de psychiatrie pour adultes. Il apparaît également que la pratique de l'isolement est peu homogène : il existe une grande variation dans l'application de ces mesures entre les divers hôpitaux et entre les diverses unités au sein du même hôpital.

En Suisse, peu d'études en sciences infirmières ont été réalisées sur le sujet. Ainsi, cette étude pourra contribuer au développement des connaissances pour la discipline infirmière, afin de mieux connaître le positionnement des patients face à leur expérience de l'isolement ainsi que l'évaluation de l'effet thérapeutique de cette mesure par les infirmières. L'intérêt pour ce sujet est également le reflet des intérêts professionnels de l'étudiante chercheuse, qui travaille depuis de nombreuses années dans les services psychiatriques aigus où le recours à des chambres de soins fait partie du quotidien des soignants.

En conclusion, les objectifs principaux de cette étude sont de mesurer et décrire (i) le vécu des patients par rapport à leur séjour en CSI, et (ii) l'impression clinique des soignants quant à l'effet de la CSI sur le patient. Trois objectifs secondaires sont également fixés pour explorer des corrélations entre : (iii) le vécu de la CSI par le patient et l'évaluation clinique de son effet thérapeutique par les soignants, (iv) le

niveau de pénibilité perçu et la compréhension qu'a le patient, et (v) la relation entre le facteur de contrainte et la durée de séjour en CSI.

REVUE DES ÉCRITS

Le présent chapitre aborde différents thèmes associés à l'utilisation des chambres de soins intensifs en psychiatrie. Il commence par la définition de l'isolement et des CSI. Ensuite, les aspects légaux et éthiques en lien avec la thématique de l'étude y seront exposés. Enfin, ce chapitre se poursuit avec les points de vue concernant le vécu des soignants et des patients pour arriver à un questionnement sur les alternatives susceptibles de diminuer l'utilisation des CSI en psychiatrie.

Stratégies de recherche des écrits

Comme déjà signifié dans les chapitres précédents, les pratiques cliniques en lien avec les mesures de contrainte en psychiatrie ne sont pas homogènes ; une recherche bibliographique en fournira la démonstration. Par exemple, les mots clés utilisés en anglais pour l'isolement en psychiatrie est *seclusion*, par contre en français, l'isolement est aussi connu sur le nom des *chambres de soins intensifs* (CSI). Le terme CSI n'est pas connu dans des bases de données consultées pour cette étude. Afin de faire le tour de l'état actuel des connaissances du sujet de l'étude, les bases de données suivantes ont été consultées : Medline, Cinahl, PsycINFO. Les mots-clés suivants ont été utilisés en descripteurs et en mots libres avec les combinaisons suivantes : *seclusion, seclusion reasons, seclusion AND mental health AND staff OR nurses AND patient*. Les termes utilisés pour décrire la deuxième mesure de contrainte sont les suivants : *l'isolement, la chambre de soins intensifs, seclusion* en anglais. Suite à ce repérage, une soixantaine d'articles

scientifiques, d'avis, de textes officiels, de livres et de documents des experts ont été retenus. Tous ont été publiés entre 2004 et janvier 2012, sauf la revue Cochrane qui date de l'année 2000.

Définition de l'isolement et de la CSI en psychiatrie

L'étymologie du mot d'isolement vient de l'italien « isolato », terme provenant de l'architecture signifiant « séparé comme une île » (Friard, 2002). Friard souligne le fait que le mot l'isolement contient, dans le contexte de la santé mentale, deux significations distinctes. D'une part, il y a une volonté sociale de séparer le malade mental des autres qui se réfère à la position du XIXème siècle de priver le malade mental de toutes les relations sociales et affectives afin de le rééduquer à l'aide de la discipline asilaire. D'autre part, Friard parle de l'isolement à but thérapeutique ou cellulaire qui consiste à enfermer un patient violent ou agité dans une chambre prévue à cet effet dans le but de protéger le personnel soignant, le patient et les autres. Le sens figuré du mot *isoler* signifie « se détacher d'un contexte » (Petit Robert, 1996). Ce même verbe est à rapprocher du nom *isolation* et plus particulièrement de l'isolation sensorielle, que le Larousse le décrit comme « un ensemble des procédés mis en œuvre pour empêcher le bruit de pénétrer dans un milieu clos ou d'en sortir (*isolation acoustique* ou *insonorisation*) » (Larousse, 2011). Dans ce sens, l'isolement dans une chambre peut signifier deux procédés : celui de séparer la personne des autres (être dans une rupture relationnelle) ou celui de protéger la personne des stimuli extérieurs (Palazzolo, 2002). Effectivement, il apparaît que le mot *isolement* contient une ambiguïté, un double sens : il peut signifier une certaine solitude, mais également aller dans le sens du rejet ou de

l'exclusion. Par conséquent, la question du sens thérapeutique de l'isolement se pose constamment (Mihalcea, 2000).

Dans des articles internationaux récents traitant du sujet de l'isolement ou CSI, le mot *seclusion* est défini de manière suivante : le terme se réfère à l'enfermement d'un patient à clé dans une chambre non meublée de laquelle il ne peut sortir que si le personnel soignant le permet (Kaltiala-Heino, Tuohimäki, Korkeila & Lehtinen, 2003; Needham & Sands, 2010).

Au vue des différentes définitions existantes, l'isolement est considéré par une majorité des auteurs comme le placement d'un patient dans une chambre fermée à clé, « cette chambre étant exclusivement ou non destinée à cette utilisation, et au sein de laquelle le malade fait l'objet d'une surveillance et de soins particuliers de la part de l'équipe soignante » (Palazzolo et al., 2000, in Palazzolo, 2002, p. 25). Cette définition de l'isolement rejoint la fonction de la CSI. Selon Friard (2002), les équipes soignantes privilégient l'expression de la CSI, comme un lieu de reconstruction et de structuration pour le patient, cet isolement étant perçu en tant qu'acte thérapeutique.

Il est nécessaire de souligner que, habituellement, dans les unités hospitalières de soins généraux, de médecine ou de chirurgie, il existe habituellement des unités de soins intensifs, des unités de soins intermédiaires, des unités de soins continus, où le patient est hospitalisé en fonction de l'intensité de ses besoins en soins. La dotation en personnel de ces différentes unités varie en fonction de l'intensité des soins. En revanche, c'est rarement le cas en psychiatrie. Dans les hôpitaux universitaires romands, les différentes unités psychiatriques ont généralement des dotations similaires et le personnel infirmier s'occupe de l'ensemble des patients sans distinction des besoins et de l'intensité des soins requis comme c'est le cas

dans d'autres secteurs hospitaliers. Les CSI sont donc réparties dans l'ensemble des unités. Un soutien ponctuel peut être apporté par les cadres de gestion, en fonction de la charge de travail. Une expérience d'unité de soins intensifs psychiatriques est actuellement en cours à Caen, en France. Cette unité de quatre lits a la même dotation que les équipes de soins intensifs de chirurgie ou médecine du même hôpital. Toutefois, les résultats de cette expérience ne sont pas encore publiés. Dans cette expérience, et par analogie aux soins intensifs de médecine ou de chirurgie, les soins intensifs de psychiatrie sont considérés comme des soins psychiatriques hautement spécialisés, destinés à des patients en grand danger et exigeant des soins complets ainsi qu'une surveillance constante, dans des chambres spécialisées.

La crise

Les soins psychiatriques dispensés dans une unité de soins aigus ne se font pas toujours avec l'accord du patient. Le manque de discernement et la mise en danger imminente de soi-même ou de son entourage sont des facteurs majeurs dans les prises de décisions (ASSM, 2005 ; LSP, 1985). Ainsi, lorsque le patient se trouve dans une phase de crise aiguë (qui nécessite des mesures), et lorsque toutes les autres alternatives n'ont pas démontré d'efficacité, les soignants sont amenés à avoir recours à des mesures exceptionnelles, telles que les CSI.

Caplan (cité dans Wright, 1987) définit la crise comme :

un état qui se produit quand une personne fait face à un obstacle, à un des buts importants de sa vie qui, pour un certain temps, est insurmontable par l'utilisation des méthodes habituelles de résolution de problème. Une période de désorganisation s'ensuit, période d'inconfort durant laquelle différentes tentatives de solution sont utilisées en vain. Eventuellement, une certaine forme d'adaptation se

produit, qui peut être ou non dans le meilleur intérêt de la personne et de ses proches » (p. 18).

Dans le même sens, la phénoménologie de la crise prédit que la crise n'est pas enclenchée uniquement par les événements stressants que la personne peut vivre, mais par l'interaction entre l'événement stressant et la perception (réaction) de la personne par rapport à cet événement (Séguin, Brunet & Leblanc, 2006). La crise survient quand la personne a épuisé ses stratégies d'adaptation à des événements stressants et par conséquent, lorsque son équilibre est atteint et qu'elle n'arrive plus à faire face à un événement majeur (Lazarus et Folkman, dans Séguin et al. 2006). Lorsque la personne n'arrive plus à retrouver l'équilibre, elle va essayer de compenser par une surutilisation de stratégies inadéquates qui peuvent l'amener à des échecs répétés. Dans ce cas, elle risque d'entrer dans la phase de crise aiguë, une période de désorganisation intense qui risque de provoquer un passage à l'acte (acting out); ce dernier peut se manifester, selon Séguin et al., par un comportement agressif envers soi-même ou les autres. Cette phase de la crise est décrite par Caplan (dans Wright, 1987) comme un moment où la personne est incapable de se contrôler ou de contrôler ses émotions. Dans cette perspective, l'intervention des soignants doit viser à mettre des limites à un individu qui aurait perdu le contrôle de soi, afin de l'aider à retrouver sa capacité de contrôle.

Les affections psychiatriques graves peuvent amener à la perte de contrôle ainsi qu'à des comportements dangereux de l'individu. Ces comportements peuvent être dirigés contre lui-même ou des tiers (ASSM, 2005; Bernheim & Larue, 2009; Palazzolo, 2002). L'ASSM précise clairement que c'est uniquement dans ce genre de circonstances, considérées comme les situations d'urgence psychiatriques, que les mesures de contrainte, dont la CSI fait partie, peuvent être mises en place. Ainsi, pour ce qui est de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie, cette utilisation est

associé à des situations d'urgences psychiatriques afin de prévenir des blessures ou des actes violents par un patient agité ou agressif (Larue, Dumais, Drapeau, Menard, & Goulet, 2010). Dans ce sens, la CSI est un geste thérapeutique ayant pour but d'aider une personne à retrouver son équilibre (Friard, 2002).

Les aspects légaux et éthiques

L'isolement est largement utilisé en milieu psychiatrique, bien que de nombreux pays cherchent des alternatives pour diminuer cette mesure de contrainte. (Bardet Blochet, 2009; Bergk et al., 2010; Steinert, et al., 2010). Néanmoins, une récente étude a démontré que les modifications législatives plus restrictives ne suffisent pas à réduire l'utilisation de l'isolement et de la contention (Keski-Valkama, Sailas, Eronen, Koivisto, Lönnqvist & Kaltiala-Heino, 2007). Une étude américaine a prouvé que des changements à caractère plus restrictif dans l'utilisation des mesures de contrainte diminuent son utilisation (Sees, 2009). Le Comité européen pour la prévention de la torture et des traitements inhumains ou dégradants (CPT) a rendu un rapport sur les établissements psychiatriques qu'il a visités entre 1990 et 2001. Aucun acte relevant de la torture n'a été signalé par le CPT, mais plusieurs cas de mauvais traitements délibérés des patients sont décrits. De nombreux cas de dysfonctionnement graves concernant le personnel, le traitement, l'utilisation de l'isolement et d'autres types de contraintes ont été mis à jour. Les recommandations du CPT sont destinées à promouvoir la réforme de ces établissements en vue de promouvoir les Droits de l'homme. Ces recommandations ainsi que les rapports annuels du CPT, servent de normes de référence pour la pratique psychiatrique, qui respectent les Droits de l'homme (Niveau, 2004). Ainsi, les recommandations légales et éthiques semblent guider la pratique clinique, comme le démontre une

étude irlandaise où les soignants confirment avoir utilisé la chambre de soins uniquement lorsque toutes les autres solutions avaient échoué (Moran, Cocoman, Scott, Matthews, Staniulienė & Valimaki, 2009).

La Suisse adhère au principe fédéral de souveraineté de ses 26 cantons. Cela implique que chaque canton dispose d'une constitution propre et détermine de manière relativement indépendante le fonctionnement de son système de soins. Dans le canton de Vaud, la LSP de 1985 interdit toute mesure de contrainte. Néanmoins, à titre exceptionnel et, dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient, son représentant thérapeutique, respectivement son représentant légal ou ses proches, le médecin responsable d'un établissement sanitaire peut, après consultation de l'équipe soignante, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge d'un patient. Cela est possible sous deux conditions : a) si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas et, b) si le comportement du patient présente un danger grave pour sa sécurité ou sa santé ou pour celle d'autres personnes (LSP, 1985).

Comme déjà été souligné dans le chapitre précédent, en psychiatrie, l'isolement est une mesure controversée qui n'a pas pu être supprimée dans l'état actuel, faute d'alternatives (Meehan et al., 2004). Ainsi, l'utilisation de l'isolement suscite des questions éthiques incontournables car elle porte atteinte à la dignité et l'autonomie de la personne, compte tenu des effets indésirables. Néanmoins, l'utilisation de CSI peut représenter une nécessité pour aider le patient à retrouver son autonomie. (Clearly et al., 2010; Prinsen & van Delden, 2009). Schroder, Ahlström & Larsson (2006) soulignent que les éléments qui sont associés au respect de la dignité sont un personnel compétent et un traitement non-discriminatoire. Donc, de ce point de

vue, c'est la manière de l'utiliser et d'accompagner les patients en CSI qui est la plus importante (Prinsen & van Delden, 2009).

Certains auteurs rappellent que le personnel soignant en santé mentale doit être responsable des limites entre l'utilisation justifiée de la contrainte et l'utilisation légitime du pouvoir. D'une part, le personnel vit l'isolement comme stressant en le comparant à la prison, d'autre part, il y a un manque évident d'autres alternatives (Clearly et al., 2010). Dans ses directives médico-éthiques, l'ASSM (2005) définit la mesure de contrainte comme une intervention qui va à l'encontre de la volonté déclarée du patient ou qui suscite sa résistance ou qui va à l'encontre de sa volonté présumée (dans le cas où le patient ne peut pas communiquer). Dans la pratique, on distingue entre l'entrave à la liberté et le traitement sous contrainte. L'entrave à la liberté englobe une restriction de la liberté de mouvement (p. ex. enfermement dans un établissement fermé). La contention (p.ex. avec des sangles) ou l'isolement (p.ex. dans une chambre d'isolement) sont les entraves majeures à la liberté. Un traitement sous contrainte a lieu lorsqu'il y a entrave à la liberté et atteinte à l'intégrité physique de la personne (p.ex. administration d'un traitement sous contrainte ou avec usage de la force).

Les personnes atteintes de graves maladies psychiatriques, ou présentant des troubles du comportement, peuvent, à certains moments, présenter des épisodes d'agitation et encourir des risques pour eux-mêmes ou pour les autres ; ces phases sont désignées comme des pertes de contrôle. Selon les directives de l'ASSM, c'est uniquement dans ces circonstances qu'une mesure de contrainte peut être utilisée. En ce qui concerne une mesure d'isolement, les motifs qui justifient son utilisation sont : la perte momentanée de contrôle de soi avec une agitation violente, la menace de violence à prendre au sérieux, la mise en danger d'autrui ou la perturbation grave de la vie en communauté. Selon ces mêmes directives,

l'isolement ou la contention ne devrait pas dépasser quelques heures. De plus, dans des situations d'urgence psychiatriques, il est recommandé de tenter l'utilisation d'autres moyens avant d'utiliser les mesures de contention ou d'isolement, comme par exemple la fixation verbale des limites, l'accompagnement individuel constant dans la mesure où la sécurité de la prise en charge peut être garantie.

Comme déjà évoqué, les mesures de contrainte peuvent avoir des effets traumatisants sur les personnes. Par conséquent, le principe de proportionnalité doit être respecté. Cela impose une évaluation de la nécessité de mesure, de façon à ce qu'elle soit proportionnelle au danger encouru, en s'assurant qu'elle ne puisse pas être remplacé par une autre mesure (ASSM, 2005).

La mise en chambre de soins intensifs

Justifications cliniques

Malgré les faibles preuves des effets bénéfiques de ces mesures (Sailas & Fenton, 2000), il est souvent affirmé que le traitement des patients souffrant de troubles psychiatriques est impossible sans les mesures de contention. Des multiples études ont identifié les raisons de l'utilisation des mesures de contrainte, parfois sous l'angle des pathologies psychiatriques, parfois, en lien avec les troubles du comportement.

En milieu psychiatrique hospitalier, l'agitation, l'agressivité, la violence sont les raisons les plus fréquentes d'utilisation des mesures de contrainte. La perte de contrôle du comportement n'est pas nécessairement associée au diagnostic du patient (Bowers et al., 2010). Dans une étude allemande, les deux principales raisons à l'utilisation des mesures de contrainte (contention mécanique, l'isolement,

médication sous contrainte) ont été les troubles psychiatriques organiques et la schizophrénie (Steinert, et al., 2007). Une étude canadienne (Dumais, Larue, Drapeau, Menard, & Giguere Allard, 2011) justifie ces résultats en démontrant que les patients souffrant de schizophrénie ou d'autres types de psychoses ont 1,55 plus de risques ($p=0.006$) de passer par des mesures d'isolement ; ce risque augmente encore pour les patients bipolaires, avec 4,07 plus de risques ($p<0.001$).

Dans la récente étude finlandaise (Keski-Valkama, et al., 2010), les raisons de l'utilisation de l'isolement ont été classées selon différents groupes ; la raison prédominante y est l'agitation ou désorientation (41.3% des sujets étudiés), puis la violence réelle (24.4%) ; à noter la présence des raisons inclassables (12%). La recherche grecque (Bilanakis et al., 2010) va dans le même sens ; parmi les raisons des mesures coercitives, les menaces de la violence ou la violence réelle envers le personnel ou d'autres patients ont été le plus fréquemment cités et représenteraient 58% de tous les épisodes.

Une étude canadienne, dans un hôpital psychiatrique où les infirmières peuvent prendre la décision d'appliquer une mesure de contrainte, fournit un autre exemple de résultats semblables (Larue, Dumais, Ahern, Bernheim, & Mailhot, 2009). Les principales raisons d'isolement y ont été l'agitation, la désorganisation, et un comportement agressif. Effectivement, ces raisons ont souvent été citées comme des signes précurseurs de la violence en milieu hospitalier psychiatrique. Néanmoins, les auteurs rendent attentifs au fait qu'il ne faudrait pas déduire que la mesure d'isolement soit la seule mesure de prévention de la violence. Dans cette même étude, quelques facteurs influençant la prise de décision de l'utilisation de la contention et de l'isolement ont été identifiés ; d'une part, les caractéristiques du patient (âge, diagnostic, sexe, nationalité) peuvent provoquer des réflexes, des émotions négatives (peur ou anxiété) conduisant à une anticipation prématurée du

risque de violence ; d'autre part, les caractéristiques de l'équipe soignante peuvent influencer les décisions sur l'isolement (expériences, niveau d'éducation, niveau de stress, formation). La prise de décision implique également les caractéristiques de l'environnement (niveau de soutien, niveau de la liberté personnelle, degré d'intimité, existence d'activités, espace physique) et les facteurs organisationnels (plan de réduction des épisodes, formation, documentation des épisodes).

Points de vue des soignants

Du point de vue des soignants, différentes positions émergent. Dans une recherche australienne (Happel & Koehn, 2011a), les soignants ont reconnu l'impact négatif de l'isolement sur les patients tout en continuant à soutenir son utilisation, principalement dans des cas de violence réelle ou appréhendée envers les soignants ou les autres patients. Les participants à cette étude se sont aussi exprimés sur le vécu des patients ; un consensus parmi les participants indique que les patients se sentaient en colère, contrôlés par d'autres, désemparés ; une grande majorité des soignants s'attendaient à ce que les patients ne se sentent pas satisfaits et épanouis en isolement. Une autre étude a relevé que les infirmiers n'ont pas perçu les mesures de contrainte comme un problème éthique (Lind, Kaltiala-Heino, Souminen, Leino-Kilpi & Välimäki, 2004). La majorité des participants avaient seulement 5 ans ou moins d'expérience de travail et ne percevaient pas les mesures comme problématiques. Les auteurs rendent attentifs aux valeurs éthiques dans la profession infirmière en soulignant que le personnel devrait apprendre à s'interroger sur les mesures et d'éviter de les considérer comme une pratique routinière ou un sujet tabou. De même, la recherche australienne menée par Meehan et al. (2004) rapporte qu'environ 75% des infirmières soutiennent l'utilisation de l'isolement. Les participants ont identifié différents facteurs

déclenchant l'utilisation de la chambre de soins, tels que la violence envers soi-même, le personnel ou les autres, ainsi que les dommages à la propriété. Cependant, la majorité des participants ont également estimé que l'isolement a eu des effets thérapeutiques pour les patients, notamment en favorisant un retour au calme. Parallèlement, la majorité a reconnu que, souvent, en étant isolés, les patients se sentaient en colère et punis par le personnel. Très peu de participants croyaient que l'isolement pourrait être supprimé, même si les stratégies spécifiques, tels que l'augmentation du nombre de personnel, avaient été mis en œuvre.

Globalement, pour les soignants, les mesures de contraintes demeurent une des alternatives pour la gestion de la violence et l'agression. Néanmoins, elles sont considérées et appliquées comme les alternatives de dernier recours (Moran et al., 2009). Dans une récente étude irlandaise récente, les infirmiers exprimaient leurs sentiments par rapport à l'utilisation de la contention et de l'isolement. Ils nomment notamment la peur d'être agressé, voire l'anxiété lors d'une intervention. De la culpabilité transparaît aussi chez les soignants, de par la dureté de l'intervention et de par le manque d'attitude bienveillante lors de l'intervention ; cependant, les soignants confirment agir pour la sécurité du patient et de son entourage. De plus, ils ont tendance à mettre de côté ces sentiments négatifs, dans une stratégie de protection contre le stress (Morse, dans Moran et al., 2009). La littérature scientifique recommande plutôt de partager ces émotions, via des supervisions cliniques afin de diminuer la tension ressentie par les soignants et de garantir une meilleure qualité de soins (Lind et al., 2004; VanDerNagel, Tuts, Hoekstra, & Noorthoorn, 2009).

Points de vue des patients

Il a été démontré que les patients soumis à des soins sous la contrainte ont une faible satisfaction par rapport aux soins prodigués, malgré la conviction forte

que cette mesure soit nécessaire dans les hôpitaux psychiatriques (Kuosmanen, Hatonen, Jyrkinen, Katajisto, & Valimaki, 2006). Les témoignages de patients hospitalisés en psychiatrie et placés en CSI soulignent le fait que le passage en chambre d'isolement a un impact psychologique sur eux. Palazzolo (2004) a recueilli les témoignages des patients au sujet de leur émotions avant et pendant la mise en chambre de soins intensifs : 24% des patients ont ressenti la colère avant la mise en chambre de soins. Durant l'isolement, 31% des patients ont reconnu une sensation de type hallucinatoire, 67% se sont sentis anxieux. Les résultats de cette recherche mettent en évidence que seuls 8% des personnes ont ressenti une amélioration après un passage en chambre d'isolement. Les patients qui ont présenté des troubles du comportement avec impulsivité en reconnaissent les bénéfices. Dans l'étude canadienne de Holmes et al. (Holmes, Kennedy & Perron, 2004), les patients ont exprimé un large éventail d'émotions négatives qui ont été associées à leur expérience dans l'isolement : peur, colère, tristesse, honte, sentiment d'abandon et de punition. La plupart des participants ont dit se sentir en colère et ont eu l'impression d'être exclus socialement, victimes d'une injustice.

Mason et Brady (Mason & Brady, 2009) ont étudié l'effet de la privation sensorielle chez les patients en CSI. Leurs résultats démontrent qu'il y a une augmentation des aspects psychotiques, tels que les troubles de la perception, l'anhédonie et la paranoïa. Les auteurs incitent à la surveillance minutieuse des apparitions des symptômes psychotiques en l'absence des stimuli externes. Plus globalement, certains auteurs soutiennent que le vécu négatif du patient peut avoir une influence sur la poursuite du traitement. Les patients développent une perception négative des services de santé mentale, ce qui affaiblit l'alliance thérapeutique et, par conséquent, a un impact négatif sur le traitement (Frueh, et al., 2005; Steinert, et al., 2007).

Quelles alternatives pour réduire la contention et l'isolement ?

Afin de garder un esprit critique sur la CSI, quelques pistes sont proposées. D'abord, il s'avère que le débriefing avec le patient après la sortie de la chambre de soins devrait être utilisé, or ce n'est pas une pratique systématique. L'instauration de débriefing post isolement est une des recommandations qui peut contribuer de façon significative à des soins basés sur la collaboration, diminuer la durée des hospitalisations, améliorer le rétablissement (Needham & Sands, 2010). Pour cette raison, un modèle de débriefing doit être développé afin de soutenir la qualité des pratiques dans l'utilisation des chambres d'isolement.

L'étude de Palazzolo (2004) relève que près de 85% des participants se souviennent du prénom des infirmiers qui leur ont prodigué des soins dans la chambre d'isolement et de nombreux détails. Cela montre que cette expérience ne diminue pas la conscience des patients. Pour cette raison, il est impératif d'informer le patient de manière claire sur les raisons de l'isolement afin de maintenir l'alliance thérapeutique. Bonsack & Borgeat (2005) suggèrent de réduire la perception de la contrainte en discutant du besoin de l'hospitalisation, du statut légal et du sentiment d'être contraint comme des dimensions différentes.

Le débriefing pour les équipes de soins qui ont participé aux soins en chambre de soins intensifs est également recommandé. Le Coz (cité dans Larue et al., 2010) souligne l'importance de l'examen post-incident comme une clarification rétrospective des facteurs impliqués dans une décision, afin de préciser ce qui influence la décision. Les suivis de ce type ne sont pas effectués systématiquement avec les membres du personnel soignant, et ils sont rarement menés avec le patient. L'évaluation post-incident implique une réflexion sur cette pratique ; elle permettrait aux équipes d'améliorer leur compréhension des comportements

agressifs, de discuter des soins relationnels, et de soutenir la notion de partenariat avec le patient (Drozdek, 2007 ; Larue et al., 2010 ; Sclafani et al., 2008).

Il est important de reconnaître qu'éliminer une tradition qui est fermement installée dans n'importe quelle culture est un grand défi (Ashcraft & Anthony, 2008). Les auteurs soulignent que tendre vers l'élimination de la contention et de l'isolement impliquerait un leadership fort, un changement des politiques et des procédures, une formation des équipes, un débriefing avec les patients, et des feedbacks réguliers sur le travail en cours. Actuellement, les mesures de contrainte ne peuvent pas être éliminées. En attendant d'éventuelles recherches attestant des effets bénéfiques des mesures de contrainte, la précaution « Ne pas nuire » doit guider la pratique clinique (Prinsen & van Delden, 2009). Une meilleure compréhension des facteurs qui influencent les attitudes est aussi nécessaire si l'on veut réussir à réduire effectivement les taux d'isolement (Happel & Harrow, 2010).

Les études récentes démontrent de façon concordante que, si on vise à trouver des alternatives à l'isolement ou améliorer les conditions, il est impératif d'intégrer les patients qui y ont été soumis (Kontio et al., 2012). Les patients qui ont participé à cette étude ont suggéré quelques pistes d'améliorations, telles qu'une plus grande interaction avec le personnel soignant, une participation à l'élaboration d'un programme thérapeutique, voire le recours à un évaluateur externe. Ils ont également suggéré comme alternatives à l'isolement, des accompagnements renforcés et des activités structurantes.

D'autres propositions pour diminuer l'isolement et la contention concernent la détection précoce du risque d'utiliser ces mesures. Des chercheurs hollandais (Georgieva, Vesselinov, & Mulder, 2012) ont mis en évidence trois principaux facteurs de détection précoce et de prévention de l'isolement et de la contention

chez les patients hospitalisés dans des unités psychiatriques. Ces facteurs sont : la détérioration psychologique, l'engagement involontaire et le manque de collaboration. Ce sont là des risques significatifs prédictifs qui devraient aider les cliniciens à détecter et de prévenir le risque d'isolement et de la contention.

Globalement, les données sur les perceptions des patients et des infirmières en ce qui concerne les CSI sont partielles et restent d'un intérêt certain pour la recherche.

CADRE THEORIQUE

Ce chapitre décrit le cadre théorique sélectionné pour cette recherche. Les principales variables de cette étude, à savoir le vécu des patients et l'évaluation des soignants seront analysées sur la base de la théorie infirmière d'Imogène King ainsi que sur la base de principes éthiques.

Théorie d'Imogène King

Pour le présent travail, la théorie intermédiaire d'atteinte des buts d'Imogène King a été adoptée, en particulier son travail sur les perceptions. La perception du patient et la perception du soignant y ont été inclus. Plus particulièrement, c'est le vécu du patient et l'évaluation du soignant qui sont les variables principales.

Le point central du modèle de King, c'est l'homme en tant qu'être humain dynamique dont les perceptions des objets, des personnes et des événements influencent son comportement, son interaction sociale et sur sa santé (cité dans Leigh, 2001). Les principaux concepts de la théorie de King sont le système personnel, le système interpersonnel et le système social. La théorie de King met ces trois systèmes en interaction où chaque système a son propre groupe distinct de concepts et de caractéristiques.

Le système personnel se réfère à l'individu. Il est composé de sept dimensions : - la *perception*, - le *soi*, - la *croissance et le développement*, - la *croissance*, - l'*image corporelle*, - le *temps* et - l'*apprentissage*. Pour cette étude, c'est le concept de la perception qui sera retenu.

Pour King, (1989 cité dans Fawcett, 2005), la *perception* est la variable la plus importante parce que la perception influence le comportement. Selon King la perception individuelle du soi, de l'image corporelle, du temps, et de l'espace influence la manière dont chacun interagit avec les personnes, les objets et les événements de vie. A l'inverse, au long de la vie, l'individu est constamment confronté à de multiples expériences qui influencent la perception du soi.

La *perception* naît d'un processus de transactions humaines avec l'environnement et constitue la représentation que chacun se fait de la réalité. Elle est propre à chaque individu. C'est grâce à elle que l'individu construit une image de l'extérieur et attribue un sens aux expériences vécues – ce qui influencera ses comportements au sein des systèmes interpersonnel et du système social. La perception varie d'un individu à l'autre, car chaque personne a des expériences, des connaissances, des besoins, des valeurs, des buts, des compétences qui sont différentes.

Ce système personnel (l'individu) est en constante interaction avec le système interpersonnel constitué d'au moins de deux personnes jusqu'aux petits ou grands groupes en interaction dans une situation donnée. Il est constitué des concepts suivants : - l'*interaction*, - la *communication*, - la *transaction*, - le *rôle* et - le *stress*. Les interactions et les transactions qui se produisent entre l'infirmière et le client représentent un exemple du système de relations interpersonnelles. Le troisième système d'interaction dans la théorie de King est le système social. Les systèmes sociaux sont des groupes de personnes au sein d'une communauté ou la société qui partagent des objectifs communs, des intérêts et des valeurs. Les systèmes sociaux fournissent un cadre pour l'interaction sociale et les relations et visent à établir des règles de comportement et des pistes d'action (King, 1971, cité dans

Fawcett, 2005). Comme exemples des systèmes sociaux, on peut citer la famille, l'école ou l'église. C'est dans ces organisations que se forment les croyances individuelles, les attitudes, les valeurs et les coutumes. Les concepts se rapportant aux systèmes sociaux que King a identifiés sont : - l'*organisation*, - l'*autorité*, - le *pouvoir*, - le *statut* et - la *prise de décision*.

Les relations entre ces trois systèmes ont conduit King à l'élaboration de la théorie intermédiaire d'atteinte des objectifs. Ainsi, selon King (1981), les relations interpersonnelles produites à travers les perceptions personnelles influencent à la fois la vie et la santé des personnes. Il est donc important pour les soignants de s'intéresser aux perceptions que les patients ont sur leur propre situation de soins. Les perceptions influencent l'interaction. King ajoute que l'atteinte des objectifs communs ne peut pas se faire s'ils ne sont pas établis communément entre le patient et le soignant. Si l'on ramène la théorie de King au cœur de cette étude, il est essentiel pour les infirmiers de comprendre ce que le patient a vécu en CSI, afin de pouvoir ajuster les objectifs de soins ; il est important néanmoins de souligner que les infirmiers peuvent également apporter au patient leurs perceptions, par exemple leur avis sur l'effet de la CSI comme traitement pour le bien-être du patient.

Il a été mis en évidence que les perceptions dans l'utilisation de la CSI varient entre les patients et les soignants. La prise de décision pour l'utilisation de la CSI se fait de manière générale dans urgence, en cas de crise aiguë, sans que cela soit toujours planifié comme un objectif commun entre le patient et le soignant. Le vécu du patient est très rarement exploré avec le soignant, or ceci peut entraver la relation soignant-soigné.

Selon la théorie de King, le soin est un processus d'action, de réaction et d'interaction dans lequel l'infirmière partage des informations avec le patient sur sa

perception de la situation des soins. Grâce à une communication ciblée, ils identifient les objectifs, problèmes ou préoccupations spécifiques. Imogène King définit le soin comme un acte humain, elle décrit les « patterns » interactionnels comme l'essence des soins, des objets régissant la relation infirmière-patient (cité dans Meleis, 2007). Dans sa théorie, le soin est un processus interactif par nature, dont les interactions amènent à une transaction conduisant à l'atteinte des objectifs (King, 1991)

La théorie d'atteinte des buts porte sur la question centrale de l'interaction entre infirmières et patients, ainsi que sur les processus de prise de décision ; cette théorie développe des arguments et des lignes directrices pour la prise de décisions éthiques. King fait l'hypothèse que le processus d'interaction est influencé par les perceptions, les objectifs, les besoins et les valeurs à la fois du patient et l'infirmière (King, 1981, 1992 dans Meleis, 2007). De plus, les patients ont le droit d'obtenir des informations, de participer aux décisions qui peuvent influencer sur leur vie, leur santé et les services communautaires et d'accepter ou de refuser les soins qui leur sont proposés (King, 1981 dans Meleis, 2007).

En ce qui concerne les CSI, dans la plupart des situations, le patient s'oppose à la mise en CSI et cette mesure lui est imposée à cause de la gravité de son état. Il est de la responsabilité des intervenants de la santé d'informer les personnes de tous les aspects des soins de santé pour les aider à prendre des décisions éclairées. Des incompatibilités peuvent cependant exister entre les objectifs de soignants et ceux des bénéficiaires.

Pour ce qui est de la congruence de la théorie de King, en relation avec les quatre concepts centraux du méta paradigme infirmier, King définit le soin comme un processus d'interaction humaine entre l'infirmière et le client, de sorte que

chacun perçoive l'autre dans sa situation et que, à travers la communication, ils fixent des objectifs, les étudient et se mettent d'accord sur les moyens pour les atteindre. C'est un processus d'action, réaction, interaction et transaction. Les services de soins infirmiers sont appelés quand les individus ne peuvent pas fonctionner dans leurs rôles. Le but de soins infirmiers est d'aider les personnes à maintenir leur état de santé afin qu'ils puissent fonctionner dans leurs rôles pour aider les personnes à atteindre et à rétablir la santé ou à mourir dans la dignité. L'objectif des soins infirmiers est donc d'aider les individus et les groupes à restaurer ou maintenir un état sain, voire les aider à mourir dans la dignité (Meleis, 2007). King considère la santé comme une adaptation dynamique aux éléments stressants (provenant des environnements interne et externe) qui utilise de manière optimale les ressources disponibles. Ceux-ci permettront à la personne de se réaliser au maximum dans son quotidien. Pour King, la personne et l'environnement sont des systèmes ouverts constamment en interaction et échange. Ils s'influencent donc mutuellement.

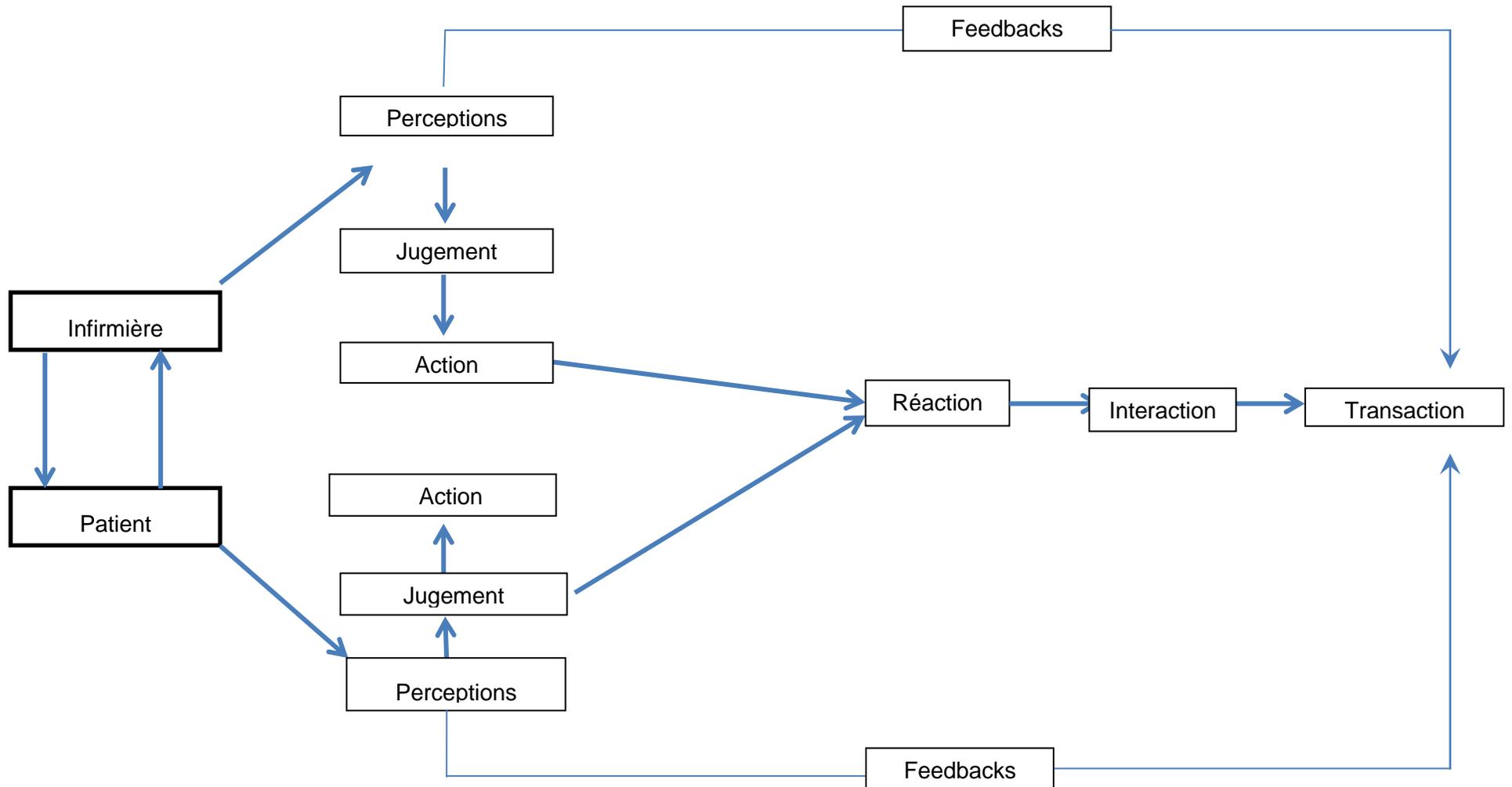


Figure 1: Le modèle de King : le processus d'interaction-transaction des soins infirmiers (Fawcett, 2005, p. 102)

La figure 1 illustre le processus d'interaction-transaction des soins infirmiers. La double flèche entre l'infirmière et le patient symbolise le processus dynamique, interactif, dans lequel l'action d'une personne influence la perception de l'autre et vice-versa (Fawcett, 2005, p. 102). Chacune de ces personnes traverse trois phases : 1) la perception de l'autre lorsqu'ils sont confrontés face à une situation qui requiert des soins infirmiers ; 2) le jugement mental que chacun se construit de l'autre ; 3) l'action mentale, qui inclut la reconnaissance de la situation présente, les opérations ou les activités liées à la situation et la motivation à exercer un certain contrôle sur les événements afin d'atteindre des objectifs. Les deux étapes suivantes sont la réaction et l'interaction. L'interaction permet au soignant d'identifier les problèmes de santé de la personne, les objectifs attendus par le patient et son entourage, ainsi que les moyens pour y parvenir.

La transaction vise l'application des moyens pour atteindre les objectifs définis. La dernière étape du cycle, qui pourra éventuellement se réactiver, c'est la rétroaction du processus d'interaction-transaction. L'infirmière et le patient identifient les résultats du processus en termes d'état de santé du patient ou de son habilité à assumer ses rôles sociaux. La transaction est effectuée lorsque l'infirmière et le patient décident ensemble des objectifs à atteindre, s'entendent sur les moyens d'atteindre ces objectifs (plan de soins), puis sur la mise en œuvre du plan. L'évaluation détermine si les objectifs ont été atteints ou non. Si ce n'est pas le cas, il est nécessaire d'identifier pourquoi certains objectifs n'ont pas abouti et, ainsi, le processus recommence. (King, 2001, p. 280, dans Meleis, 2007).

Dans la majorité des situations, la CSI est utilisée sous contrainte, au cas où le patient perd le contrôle, devient dangereux et n'est plus en mesure de se calmer. En se basant sur la théorie de King, il est possible que cette intervention soit mal

vécue par le patient et que la transaction ne soit pas possible entre le patient et le soignant. Donc, si le vécu de la CSI est décrit comme difficile et pénible, on peut supposer qu'il y ait eu une rupture dans le processus d'atteinte des objectifs, ce qui a empêché la transaction. Par conséquent, le processus doit recommencer. Le moyen pour y parvenir peut être l'exploration du vécu de la CSI : si le soignant estime que cela lui a été bénéfique, c'est à lui, le référent d'expliquer au patient en quoi la CSI a eu l'effet bénéfique sur lui, en témoignant auprès de ce patient.

Principes éthiques

Le recours à la CSI fait l'objet de différents débats sur le plan juridique en questionnant l'atteinte à certains principes fondamentaux, tels que l'atteinte à liberté de mouvement. Dans un même sens, le recours à la CSI interroge au niveau éthique et déontologique ; deux principes s'y heurtent : le respect de l'autonomie de la personne (patient) et le principe de la non-malfaisance (soignant). C'est pour cette raison que l'utilisation de la CSI est une intervention passablement controversée (Holmes, Perron, & Guimond, 2007).

En plus d'être ancré dans une compréhension ontologique du soin, le travail du soignant est orienté par un cadre éthique et déontologique. Le cadre éthique reprend bien souvent les quatre principes éthiques de Beauchamps et Childress : la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie et la justice. L'intervention de soin n'est éthiquement pas neutre. Elle vise à rétablir ou maintenir un niveau d'intégrité, d'équilibre ou de santé, affecté ou menacé par des facteurs internes ou externes, au moyen des connaissances, de l'expérience et des approches développées dans chacune des disciplines de la santé (Boitte et Saint-Arnaud, 2001, cité dans Saint-Arnaud, 2009). Pour Svandra (2005), l'éthique en tant que questionnement constitue premièrement une démarche individuelle. Le

questionnement éthique peut amener un éclairage qui va rendre l'accomplissement de certains soins insoutenable ou impossible. L'étude menée par Varcoe et al. (2004) décrit l'éthique infirmière comme une manière d'être et un processus d'actualisation. Pour ces auteurs, l'éthique découle de la confrontation de différentes valeurs dans de différents contextes dans le but d'agir le plus justement possible (le plus moralement possible). La pratique infirmière se caractérise par le maintien de l'identité du soignant et de son intégrité. L'identité se réfère à des valeurs professionnelles et personnelles, et l'intégrité à une valeur morale à respecter. Par conséquent, l'infirmière dans son quotidien tend vers le respect et le maintien de l'identité et de l'intégrité. Mais dans la réalité, cet objectif peut se heurter à diverses contraintes. Cela peut induire un décalage entre l'engagement (l'idéal professionnel) et la pratique, ce qui peut amener à la culpabilité du soignant (Svandra, 2005) et entraîner une détresse morale (Saint Arnaud, 2009). Toutefois, dans la mesure où il est impossible d'atteindre cet idéal, il est important que « cette pratique revisitée du soin puisse rester un idéal accessible dans la quotidienneté » (Malherbe, dans Svandra, 2005) et, donc, réfléchir aux moyens de s'en rapprocher.

Les soins prodigués aux patients hospitalisés en psychiatrie sont guidés par une éthique des soins qui a pour l'objectif d'amener les soignants à prendre des décisions qui soient les plus adaptées à chaque situation de soins. Les quatre principes éthiques auxquels l'on se réfère souvent dans les soins sont : le principe d'autonomie, le principe de non-malfaisance le principe de bienfaisance et de justice. La description des principes éthiques est basée sur le livre édité par L'ASI (2008) qui adapte les quatre principes de Beauchamps et Childress (2001).

Le principe d'autonomie

Ce principe fait référence aux droits de la personne. La personne malade a le droit au respect et à la considération, indépendamment de son état de santé

physique ou mentale. De plus, elle a le droit d'obtenir les informations nécessaires afin de participer à la prise de décision, sans contrainte, en lien avec son problème de santé. Son droit à la liberté de mouvement et à la sphère privée doit être respecté. Le droit de refuser les soins lui appartient également (ASI, 2008).

Le principe de bienfaisance

Ce principe prône l'obligation morale d'offrir à la personne les soins les plus bénéfiques possibles. Il promeut le droit d'obtenir de l'aide nécessaire pour protéger sa santé, d'obtenir les traitements adéquats au problème rencontré, d'être dans un environnement de soins qui lui garantisse la sécurité.

Le principe de non-malfaisance

Ce principe implique la capacité à ne pas causer de préjudice physique ou moral à la personne. La non-malfaisance défend le droit de la personne à être protégé contre les dommages, à ne pas être attaqué, à obtenir des soins en adéquation avec son état, à ne pas être victime d'une violence ou de contrainte physique ou morale. Le rôle du soignant est de reconnaître ces dangers et de diminuer le risque de dommages en lien avec les soins, le système institutionnel ou l'environnement.

Le principe de justice

Ce principe prône la reconnaissance et le respect des droits et des intérêts de la personne. Dans les soins, cela implique l'obligation de la répartition juste des ressources (justice distributive) en traitant chaque personne de la même manière selon ses besoins (justice sociale).

Saint-Arnaud (2009) a élaboré une synthèse des approches sur l'éthique de la santé dans une vision globale qui s'adresse principalement aux infirmières, mais aussi à d'autres professionnels. L'auteure propose une définition holiste du soin : « action visant à rétablir ou à maintenir un niveau de santé dont l'équilibre peut être affecté ou menacé par divers facteurs d'ordres interne ou externe » (p. 1).

Les soignants ont pour objectif de maintenir ou de rétablir cet équilibre en se référant à leurs connaissances et leurs expériences, et en collaborant avec la personne qu'ils soignent. Saint-Arnaud postule que le premier but de l'intervention soignante est le bien-être de la personne et, par conséquent, elle n'est jamais moralement neutre, car elle s'inscrit dans l'application du principe de bienfaisance qui est reconnu dans l'éthique de la santé et dans la pratique du soin. Pour la pratique soignante, Saint-Arnaud propose une approche basée sur des principes en adoptant l'idée d'obligation morale « prima facie ». C'est donc une éthique qui regroupe une éthique de faire (principes) et de l'être (prima facie), autrement dit, « les obligations morales ne sont pas absolues, si les exigences qu'elles génèrent entrent en conflit » (p. 237) Beauchamps et Childress (2001) proposent, comme il a été évoqué, quatre principes éthiques : le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice.

MÉTHODE

Dans ce chapitre, les éléments suivants seront décrits : le devis de recherche, la population cible et les échantillons, les critères d'inclusion et d'exclusion des participants, le déroulement de la collecte de données, les instruments de mesure, le plan d'analyse, ainsi que les considérations éthiques.

Devis

Le principal but de cette étude est de décrire le vécu de la CSI par le patient et l'évaluation de son effet thérapeutique par les infirmières. Le but secondaire de cette recherche étant d'explorer les associations certaines variables. Pour ces raisons, le devis quantitatif descriptif corrélationnel est appliqué (Fortin, 2010).

Milieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans un département de psychiatrie d'un centre hospitalier universitaire (CHU) de Suisse Occidentale. Ce département est composé de neuf services et d'une soixantaine d'unités s'adressant aux trois âges de la vie. Le Service de Psychiatrie Générale (PGE) assure les soins psychiatriques hospitaliers pour la population adulte (18 à 65 ans). Ce service compte 95 lits. Il est divisé en trois sections spécialisées. La section concernées par cette étude est celle qui accueille les patients souffrant des troubles de l'humeur (dépressions, troubles bipolaires, troubles schizo-affectifs bipolaires), des troubles anxieux (trouble panique, phobies, troubles obsessionnels-compulsifs) et des troubles de la

personnalité. L'étudiante chercheuse y exerce la fonction d'infirmière clinicienne depuis trois ans. Cette section est constituée de trois unités de soins de 40 lits en tout. Elle dispose de 5 CSI.

Population cible

La population cible est définie par Fortin (2010) comme « l'ensemble des personnes qui satisfont aux critères de sélection définis d'avance et qui permettent de faire des généralisations » (p. 225). Dans ce sens, le présent travail vise les patients ayant été en CSI dans des unités de soins psychiatriques, ainsi que les infirmières travaillant dans ces mêmes unités qui prodiguent des soins aux patients en CSI.

Population accessible

La population accessible est « la portion de la population cible que l'on peut atteindre » (Fortin, 2010, p.225). Pour cette recherche, il s'agit des patients hospitalisés dans le service de psychiatrie générale faisant partie du département de psychiatrie du CHU, ainsi que des infirmières y travaillant.

Echantillon

L'échantillon est « une fraction ou un sous-ensemble d'une population sur laquelle porte l'étude » (Fortin, 2010, p. 226). Dans ce travail, il s'agit des patients hospitalisés entre septembre 2011 et mars 2012 dans la section spécialisée des

troubles anxieux et de l'humeur, ainsi que des troubles de la personnalité qui ont bénéficié de la mesure de CSI et des infirmiers référents de ces mêmes patients.

Critères d'inclusion

Pour les patients :

- Être hospitalisé dans une des trois unités de la section spécialisée entre septembre 2011 et mars 2012,
- Être âgé entre 18 et 65 ans,
- Parler couramment le français,

Pour les infirmières :

- Travailler dans une des trois unités de la section spécialisée,
- Être référent des patients qui participent à l'étude.

Critères d'exclusion

Pour les patients

- Patients provenant d'une autre section spécialisée.

Taille d'échantillon

Pour cette recherche, il s'agit d'utiliser la méthode d'échantillonnage non probabiliste, par convenance. L'estimation d'échantillon a été effectuée sur la base du rapport de Bovet (2008). Au vue de ces résultats, du type de devis descriptif et au vue d'autres contraintes, l'échantillon a été estimé à au moins 25 patients.

Recrutement et récolte de données

Le recrutement ainsi que la récolte de données s'est effectuée sur 7 mois entre septembre 2011 et mars 2012, sous la responsabilité de l'étudiante chercheuse.

Phases de recrutement

- 1ère phase : identification des patients en CSI (2 fois par semaine),
- 2ème phase : demande de consentement,
- 3ème phase : recueil des données,
- 4ème phase : contrôle de l'état du recueil des données.

Modalités de recrutement

Le recrutement pour cette étude a été direct. La participation à l'étude a été proposée aux patients qui ont quitté la CSI depuis au moins 3 jours. La décision de la mesure de CSI est sous la responsabilité médicale, néanmoins elle s'effectue toujours en équipe interdisciplinaire. De même, la décision de la sortie de la CSI se réalise après une évaluation minutieuse du médecin traitant et l'équipe soignante. Le patient quitte la CSI quand la phase de crise aiguë est terminée et, dans ce contexte, il est considéré comme capable de discernement. Pour cette raison, il n'y a pas eu d'évaluation supplémentaire de la capacité de discernement du patient. Un temps de réflexion de 24 heures lui a été proposé. Ensuite, s'il exprimait son accord, l'étudiante chercheuse fixait un rendez-vous avec lui. Lors de cette rencontre, le patient remplissait le questionnaire et la présence de l'étudiante servait à reformuler ou à préciser les questions en cas de nécessité. La durée de réponse ne dépassait pas 30 minutes. En ce qui concerne le recrutement des infirmières, après avoir vu le patient, l'étudiante chercheuse identifiait l'infirmière référente et sollicitait sa participation. Si l'infirmière acceptait, elle lui soumettait le questionnaire qu'elle remplissait immédiatement. Le temps de réponse à ce questionnaire était de 2 minutes.

Instruments de mesure

Pour les patients, la collecte des données a été effectuée, avec l'accord des auteurs, à l'aide de Coercion Experience Scale (Appendice A). Cet instrument vise à collecter les données sur la manière dont le patient a vécu la CSI en termes de pénibilité. Il débute avec deux échelles visuelles analogiques (valeurs possibles entre 0 et 100). La première échelle mesure le degré des souvenirs de la CSI et la deuxième l'intensité à laquelle la pénibilité de la CSI a été ressentie. La suite du questionnaire contient 35 items avec modalité de réponse sur une échelle de Likert à 5 niveaux. La validation de cette échelle a été démontrée par Bergk et al. (2010) à l'aide d'un échantillon de 102 patients. Six facteurs ont émergé - humiliation, effets physiques indésirables, séparation, environnement négatif, peur et contrainte - expliquant le 54.5% de la variance des intercorrélations. La cohérence interne a été vérifiée par le calcul du coefficient alpha de Cronbach qui se situait entre 0.67 et 0.93, ce qui peut être interprété comme une haute consistance interne (Fortin, 2010 ; Polit & Beck, 2008). Le facteur humiliation comprend les items suivants : 3, 5, 7, 9, 11, 14, 17, 20, 22, 24, 25, 29, 30, 31. Le facteur effets physiques indésirables : 13, 21, 23, 26, celui de séparation : 4 et 8, celui d'environnement : 12, 15, 16, 18, 28, le facteur peur : 19, 27 et le facteur contrainte : 6 et 10.

Une traduction de l'allemand en français a été effectuée, ainsi qu'une traduction de l'anglais en français également ; ces deux traductions ont été ensuite comparées.

Une échelle a été rajoutée à la fin du CES afin de questionner la compréhension du patient sur le passage en CSI et son évaluation de ce traitement sur sa santé. Cette échelle contient 6 items à cinq niveaux. Ceci a été effectué dans le but de garantir la cohérence avec la théorie de King.

Pour les infirmiers, l'échelle d'impression clinique globale (CGI) a été utilisée (Appendice C). Cette échelle a été créée en 1976 et a surtout été utilisée pour vérifier les effets thérapeutiques des traitements, en principe pharmacologiques, mais également des traitements psychothérapeutiques. Cette échelle évalue l'amélioration totale de l'état du patient, comparé à son état au début du traitement. C'est une échelle extrêmement populaire, traduite en français depuis longtemps et validée par plusieurs études (Hedges, Brown & Shwalb, 2009; Khan, Brodhead, & Kolts, 2004; Khan, Khan, Shankles, & Polissar, 2002). Avec le CGI, le soignant évaluait avec une échelle de sept points l'amélioration de l'état clinique du patient consécutive à un traitement à partir d'une seule question.

Comparé au début du traitement, de quelle façon l'état du patient a-t-il changé après avoir été en CSI?

Les possibilités de réponse sont les suivantes :

- 0) Non évalué, 1) Très fortement amélioré, 2) Fortement amélioré,
- 3) Légèrement amélioré, 4) Pas de changement, 5) Légèrement aggravé,
- 6) Fortement aggravé, 7) Très fortement aggravé.

D'autres variables concernant les patients - telles que les données démographiques, le diagnostic principal, le motif de la mise en CSI et sa durée - ont été relevées dans le dossier médical du patient et contrôlées avec les membres de l'équipe soignante (Appendice B). Pour les soignants, ces variables étaient : l'âge, le sexe, les années d'expérience ; elles ont été consignées dans l'échelle CGI.

Plan d'analyse

Les données récoltées ont été saisies, nettoyées et codées dans Microsoft Excel[®] version 2010 et, ensuite, traitées dans le programme d'analyses statistiques SPSS[®] version 19.

Pour décrire les caractéristiques des patients (âge, genre, diagnostic, indications à la CSI, durée), les statistiques descriptives comme les distributions de fréquences, les mesures de tendance centrale et les mesures de dispersion, ont été utilisées. Pour ce qui est de la durée du séjour en CSI, la médiane a été privilégiée de par la sa distribution asymétrique.

La description du vécu de la CSI en termes de pénibilité a été décrite selon six dimensions. Ces dernières ont été également analysées à l'aide des mesures de tendance centrale et de dispersion pour chaque dimension, le score moyen pouvant s'étendre entre 0 et 4 où 4 est le niveau le plus élevé de pénibilité. Pour l'analyse de la compréhension le même type de mesures a été employé. L'effet thérapeutique de la CSI a été analysé à l'aide de la distribution des fréquences.

L'exploration des corrélations a été mesurée avec le test non paramétrique de Spearman. Ce choix a été imposé par la distribution asymétrique de plusieurs dimensions de pénibilité.

Pour la dernière corrélation (durée de séjour et niveau de contrainte perçue) deux scores extrêmes ont été enlevés. Deux groupes ont été créés : les séjours en CSI à moins de 7 jours et à plus de 7 jours. Cela a permis d'employer le test non paramétrique de comparaison des médianes, celui de Mann-Whitney, qui convient aux échantillons de petite taille.

Finalement, les données qualitatives sur les alternatives à la CSI proposées par les patients ont été classées par thème.

Considérations éthiques

Cette étude a fait l'objet d'une approbation de la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (Appendice G). Cette commission a donné son aval final le 29 septembre 2011. Les trois principes sur lesquels se sont basées le développement de l'étude, la collecte et la manipulation des données sont les mêmes que ceux présentés dans la deuxième partie du cadre théorique de ce travail.

RÉSULTATS

Cette section contient les résultats obtenus lors de la collecte des données. Premièrement, les caractéristiques des patients sont présentées (âge, genre, diagnostic, indication à la CSI). Deuxièmement, les caractéristiques des infirmières (âge, genre, années d'expérience professionnelle) sont introduites. Troisièmement, le vécu subjectif en terme de pénibilité est exposé selon six dimensions : humiliation, effets physiques, séparation avec le personnel soignant, environnement, peur et contrainte appliquée. Quatrièmement, le degré de compréhension du patient est abordé. Cinquièmement, l'évaluation de l'effet de la CSI par les infirmières est exposée. Sixièmement, les alternatives à la CSI sont révélées. Septièmement, deux types de corrélations sont exposées : entre le degré de compréhension et les dimensions de pénibilités ainsi qu'entre la durée de séjour en CSI et la dimension de contrainte.

Caractéristiques des patients

Des distributions de fréquence, des proportions et des moyennes permettent de décrire les caractéristiques des patients qui ont participé à l'étude. Des mesures de dispersion ont également été appliquées.

Trente-et-un patients ont été sollicités pour cette étude. Six d'entre eux ont refusé la participation. Finalement, vingt-cinq patients et leurs infirmières référentes ont répondu aux questionnaires, donc le taux de participation peut être estimé à 80%.

Le tableau 1 présente les caractéristiques de l'ensemble des patients qui ont participé à l'étude. Les 25 patients sont âgés entre 25 et 61 ans ($M = 39,7$; $ÉT = 12,1$) ; ils constituent un groupe à distribution également répartie en ce qui concerne le genre : 12 hommes et 13 femmes. La plus grande partie des patients ont un diagnostic de trouble schizo-affectif (11 patients), puis viennent après les patients avec un diagnostic de trouble bipolaire (8 patients). Enfin, on trouve les patients souffrant d'un trouble de la personnalité (3 patients), d'un trouble psychotique transitoire (2 patients) et finalement d'un trouble dissociatif (1 patient).

Pour ce qui est des indications médicales de la CSI, elles sont distribuées de manière suivante : pour 13 patients l'indication était une régulation des stimuli dans le cadre d'une affection psychiatrique grave ; pour 7 patients deux indications ont été établies : la régulation des stimuli ainsi que la prévention des comportements agressifs ; pour 3 patients , l'indication était la mise à l'abri transitoire dans le cadre d'une mise en danger ; enfin, pour 2 patients , l'indication était la prévention des comportements hétéro-agressifs.

Tableau 1.
Caractéristiques des patients

Variables	n=25	
Age (en année) [moyenne (écart-type)]	39.7 (12.1)	
		%
Genre	n=25	100
Femme	13	52.0
Homme	12	48.0
Diagnostic CIM-10	n=25	%
Trouble schizo-affectif	11	44.0
Trouble affectif bipolaire	8	32.0
Trouble psychotique transitoire	2	8.0
Trouble de la personnalité	3	12.0
Trouble dissociatif	1	4.0
Indication à la CSI	n=25	%
1. Régulation des stimuli	13	52.0
2. Prévention des comportements hétéro-agressifs	2	8.0
3. Mise à l'abri transitoire (mise en danger)	3	12.0
4. Régulation des stimuli + prévention des comportements agressifs	7	28.0

La durée du séjour en CSI a été calculée après la suppression d'une valeur extrême. Il s'agit d'une personne dont la mise en CSI a été prolongée pour des raisons organisationnelles liées à la mise en place d'un traitement particulier et d'un problème de mobilité. Le tableau ci-dessous résume ces résultats.

Tableau 2.
Durée de séjour

Variable	n=24	Médiane	Min-max
Durée en jours [moyenne (écart-type)]	12.62 (13.52)	7.5	1-57

Caractéristiques des soignants

Le groupe des infirmières comprend 25 personnes : 12 femmes et 13 hommes. Leur âge varie entre 24 et 48 ans ($M = 31,88$; $ÉT = 6,69$). Le nombre années d'expérience dans la profession infirmière varie également entre 1 année et 28 ans, ce qui amène à une moyenne de 5.48 ($ET = 6,62$) années d'expérience professionnelle. Le tableau 3 résume ces résultats.

Tableau 3.
Caractéristiques des soignants

Variables		%
Sexe	n= 25	100
Femme	12	48.0
Homme	13	52.0
Âge	n=25	
Age en années [moyenne (écart-type)]	31.88 (6.69)	
Expérience professionnelle	n=25	
Années d'expérience [moyenne (écart-type)]	5.48 (6.62)	

Le vécu subjectif de la CSI en termes de pénibilité

Deux échelles visuelles analogiques ont été utilisées. Une échelle cherche à mesurer le degré de souvenirs de la CSI chez les patients et l'autre, l'intensité à laquelle ils ont ressenti la CSI comme pénible. Les résultats démontrent que les patients se souviennent à 76.4% de leur passage en CSI ; la pénibilité globale de la mesure se situe presque au même degré, à 75,2%. Le tableau 4 illustre ces résultats.

Tableau 4.
Souvenir de la CSI et degré de pénibilité perçue (Échelle visuelle)

Variables	Moyenne (n=25)	Médiane	Écart type
Souvenir de la CSI	76.4	90.0	31.8
Pénibilité globale perçue	75.2	80.0	30.4

* Valeurs possible entre 0-100 : Min=0 (pas de souvenir ou de pénibilité perçue)
Max : 100 (souvenirs complet ou haut degré de pénibilité perçue)

La figure 2 résume les moyennes (M) des six facteurs de pénibilité. Le degré de pénibilité se situe sur l'axe verticale (0 : pas du tout ; 1 : faiblement ; 2 : moyennement ; 3 : fortement ; 4 : extrêmement) et les différents facteurs sur l'axe horizontal.

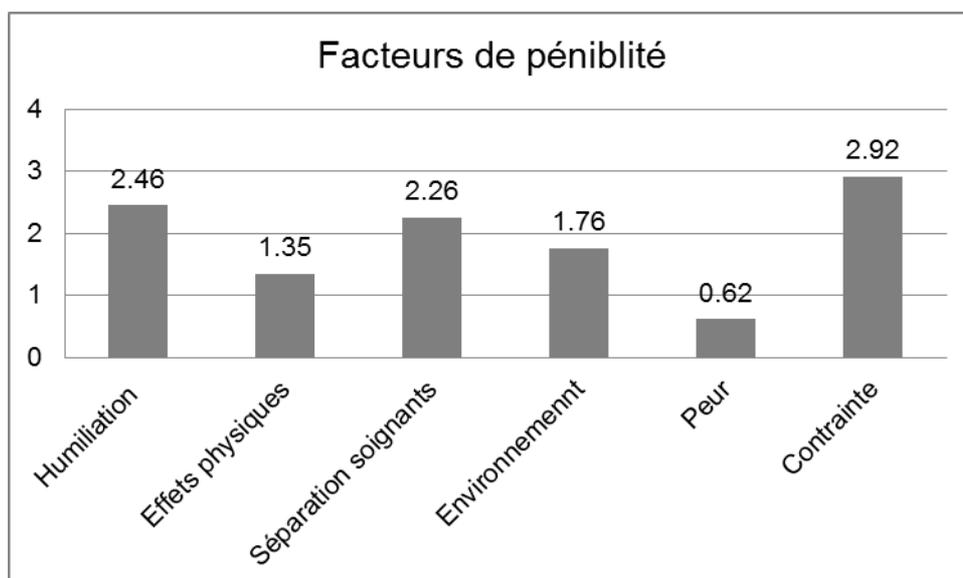


Figure 2. Pénibilité perçue selon 6 facteurs

La contrainte appliquée est le facteur qui a marqué le plus négativement les patients, avec une moyenne de 2,92 (ÉT=1,16). Juste après se situe le facteur l'humiliation avec une moyenne de 2,46 (ÉT=1,08). A la troisième place apparaît le facteur la séparation avec le personnel soignant avec une moyenne de 2,26 (ÉT=1,15). Le facteur environnement a été évalué par les patients à une moyenne de 1,76 (ÉT=1,19), suivi des effets physiques pénibles avec une moyenne de 1,35 (ÉT=1,32). Le facteur peur apparaît comme le moins pénible, avec une moyenne de 0,62 (ÉT=1,05).

La compréhension

Les fréquences par items indiquent que les participants endossent plus fréquemment les items « Mon état le nécessitait » et « Je ne suis pas parvenu à me contrôler ». L'item « Il n'y avait pas d'autres possibilités pour me contenir » est celui qui obtient le moins d'accord.

Fréquence de réponses par items de l'échelle de compréhension



Figure 3. Compréhension par le patient du recours à la CSI

L'évaluation de l'effet de la CSI

L'effet thérapeutique de la CSI évalué par les infirmières référentes des patients montre que 20% d'entre elles a estimé que la CSI a très fortement amélioré l'état des patients en le comparant avec l'état précédant la mise en CSI. La majorité des infirmières (64%) ont décrit une forte amélioration. Enfin, la plus petite partie des infirmières (16%) ont été d'avis que la CSI n'a que légèrement amélioré l'état du patient dont elles étaient les référentes. Aucune d'entre elles n'a constaté l'aggravation de l'état du patient. Le tableau 6 résume ces résultats.

Tableau 5.
Évaluation de l'effet de la CSI

Variables	Moyenne (n=25)	Écart type
Items CGI	n=25	% 100
0. Non évalué	0	0.0
1. Très fortement amélioré	5	20
2. Fortement amélioré	16	64
3. Légèrement amélioré	4	16
4. Pas de changement	0	0.0
5. Légèrement aggravé	0	0.0
6. Fortement aggravé	0	0.0
7. Très fortement aggravé	0	0.0

Exploration des corrélations

La première exploration consiste à vérifier s'il y a une corrélation entre le vécu de la CSI et l'évaluation des infirmières. Dans le présent échantillon, il y a absence de corrélation entre ces deux variables. Le tableau 7 synthétise ces résultats.

Tableau 6.
Corrélations entre les facteurs de pénibilités perçus et l'évaluation des infirmières

Variable	Humiliation	Effets physiques	Séparation	Environnement	Peur	Contrainte
CGI Valeur r	0,098	0,071	-0.022	0,063	0,040	0,048
CGI Valeur p	0,64	0,73	0,91	0,76	0,84	0,81

Test de Spearman

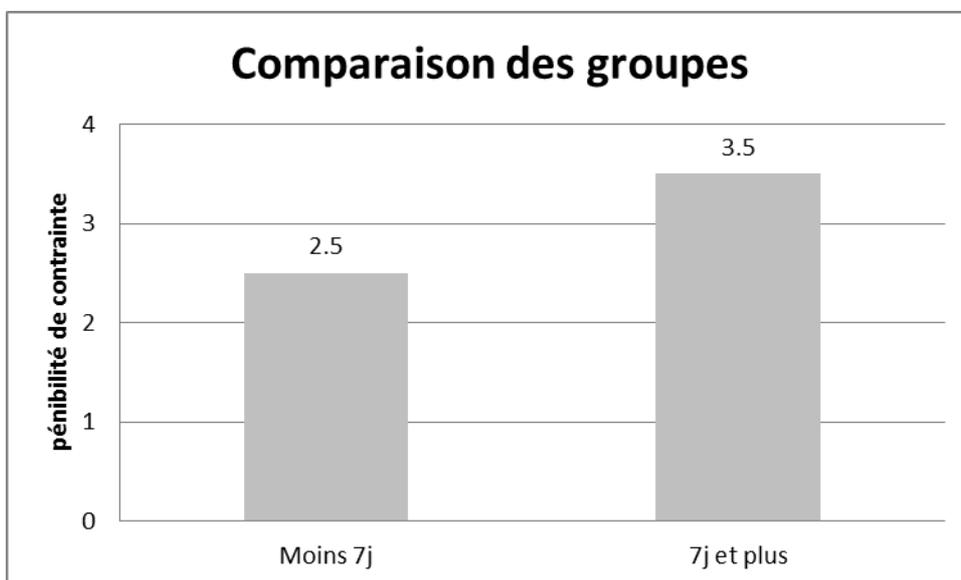
La seconde exploration a pour but d'explorer s'il y a des corrélations entre la pénibilité perçue et la compréhension qu'a le patient de sa mise en CSI. La corrélation la plus significative entre les facteurs de pénibilité et la compréhension du patient est la corrélation négative entre l'humiliation et l'item de compréhension « Mon état le nécessitait ». Le coefficient de corrélation s'élève à -0,64 ($p=0,001$). Le même item est également corrélé très négativement avec le facteur de séparation du personnel soignant, avec un coefficient de corrélation à -0,60 ($p=0,001$). Il est aussi corrélé négativement avec le facteur d'environnement avec un coefficient de corrélation à -0,43 ($p=0,029$). Une autre corrélation négative significative apparaît entre le facteur de séparation avec le personnel soignant et l'item de compréhension « Je ne parvenais pas à me contrôler » avec un coefficient de corrélation à -0,63 ($p=0,001$). Le tableau 8 résume ces résultats.

Tableau 7.
Corrélations entre les facteurs de pénibilité et la compréhension

Variables	Humiliation	Effets physiques	Séparation	Environnement	Peur	Contrainte
Mon état le nécessitait	-0,65**	-0,32	-0,60**	-0,43*	-0,05	-0,38
Perte de contrôle	-0,38	-0,18	-0,63**	-0,30	-0,13	-0,36
Agressivité	-0,09	0,16	-0,38	-0,04	0,11	-0,03
Fait peur à l'équipe	0,09	0,37	-0,24	-0,13	0,33	0,23
Non-respect des règles	0,04	-0,12	-0,04	-0,11	0,13	0,20
Pas d'autres possibilités	-0,19	-0,16	-0,33	-0,37	-0,10	-0,05

** $p<0,01$, * $p<0,05$; Test de Spearman

La dernière analyse a pour but d'explorer la relation entre le facteur contrainte de l'échelle de pénibilité et la durée du séjour en CSI. Lorsqu'on supprime les deux scores extrêmes parmi les durées de séjour, la durée médiane de séjour se situe à 7 jours. Les patients qui ont été moins de 7 jours en CSI considèrent leur séjour comme significativement moins contraignant (MÉD = 2,5) que ceux qui ont été 7 jours et plus (MÉD= 3,5) (U=97.5; p = 0,042). La figure 4 présente ces résultats.



*<0.05 ; Test de Spearman

Figure 4. Comparaison des groupes à moins de 7j et à 7j et plus

Alternatives proposées par les patients

La dernière question posée aux patients avait pour but d'explorer avec eux des alternatives à la CSI pour gérer leurs éventuelles crises futures. Leurs réponses ont été classées par thème et sont explorées selon leur fréquence. La majorité des patients interrogés a proposé différentes alternatives (n=18), un petit nombre (n=4) n'a pas voulu répondre à la question, une minorité (n=2) a estimé ne pas avoir

besoin de la CSI, un patient (n=1) a déclaré l'absence d'autres alternatives que la CSI pour sa période de crise. Certains patients ont proposé simultanément plusieurs alternatives, d'autres se sont limités à une seule proposition.

L'alternative la plus souvent évoquée par les patients (11 sur 18) concerne un accompagnement plus intense lors de la crise afin de prendre plus de temps pour écouter le patient, comprendre ce que lui arrive et l'inclure dans la prise de décision. Ils proposent un accompagnement individuel avec les soignants de l'unité ainsi que la possibilité de contacts avec le réseau extérieur (proches ou soignants).

La seconde alternative proposée par plusieurs patients (5 sur 18) est l'utilisation de doses plus élevées de médicament lors de la crise sans recourir immédiatement à la CSI.

Certains patients (n=4) voyaient aussi comme alternative la mise dans une chambre normale, mais individuelle, et la fermeture temporelle de l'unité de soins. Des propositions telles que des approches corporelles, des activités thérapeutiques ont été évoquées par un patient. Enfin, la suppression de la présence de l'agent de sécurité lors de la mise en CSI a été proposée par une minorité (n=2), cette présence étant décrite comme un facteur de stress, qui enclenche l'agressivité.

DISCUSSION

Le présent chapitre est consacré à la discussion des résultats. Dans un premier temps, les réponses aux questions de recherche sont examinées en lien avec les écrits scientifiques qui ont servi de support à cette recherche. Dans un deuxième temps, la pertinence du cadre théorique est abordée. Ce chapitre se poursuit avec la présentation des limites de l'étude et il se clôt avec des implications pour la pratique clinique, la formation et la recherche.

Caractéristiques des patients

En ce qui concerne le vécu des patients, sa description aborde plusieurs caractéristiques, telles que le genre, l'âge, le diagnostic et la raison de la mise en CSI. Il s'avère que les deux principaux groupes de patients souffrent de schizo-affectivité (n=11) et de bipolarité (n=8). Cela va dans le sens de plusieurs études, entre autre celle de Keski-Vaklama et al. (2010), où a été étudiée la distribution des diagnostics des patients pour qui l'isolement ou la contention mécanique avaient été utilisés. Il s'avère que là aussi, le groupe le plus important est représenté par des patients avec un diagnostic de schizophrénie. Bilanakis et al. (2010) et Steinert et al. (2007) arrivent aux mêmes conclusions en mettant en évidence une forte association entre l'utilisation de l'isolement et les troubles schizophréniques. L'étude de Dumais et al. (2011) corrobore ces résultats en démontrant que les patients souffrant de schizophrénie ou d'autres types de psychoses ont 1,55 plus de risques ($p=0.006$) de passer par des mesures d'isolement ; ce risque augmente encore pour les patients bipolaires, avec 4,07 plus de risques ($p<0.001$). La littérature professionnelle conclut également que ce sont surtout les pathologies psychiatriques graves qui peuvent amener le patient à la perte de contrôle ainsi qu'à

des comportements dangereux dirigés contre soi-même ou des tiers (ASSM, 2005 ; Bernheim, 2009). Dans ces circonstances, la mesure de contrainte peut être utilisée, car il n'y a pas d'autres possibilités pour protéger le patient ou les tiers.

Pourtant, malgré ces constats, ce résultat ne saurait être généralisé, vu le petit échantillon de l'étude et le fait que l'étude a été réalisée dans une section spécialisée dans les troubles de l'humeur et de la personnalité, ce qui explique la présence de ces deux principaux diagnostics.

Ce constat est fortement lié à un autre résultat de l'étude. Il s'agit notamment des justifications cliniques qui ont amenées à la décision de la mise en CSI ; pour 13 patients sur 25, cette justification était la régulation des stimuli dans le cadre d'une décompensation psychiatrique grave ; pour 7 autres patients, cette indication s'est doublée de la prévention des comportements hétéro-agressifs. Ces situations sont considérées comme des situations d'urgence psychiatrique et nécessitent l'utilisation de telles mesures (Palazzolo, 2002). Ces résultats donnent le sens à l'utilisation de la CSI pour les patients qui sont en crise aiguë, afin de prévenir des blessures ou des actes violents de la part d'un patient agité ou agressif (Larue et al., 2010). Pour poursuivre dans le sens de Friard (2002), il est à considérer que, dans cette étude, la CSI a été utilisé comme un geste thérapeutique ayant pour but de protéger le patient (et les tiers), de l'aider à retrouver son équilibre. Seul 2 patients avaient pour unique indication la prévention des comportements hétéro-agressifs. Cela prouve que la CSI n'est pas uniquement prescrite sous angle des troubles du comportement, mais sous l'angle des pathologies psychiatriques en général.

La moyenne de durée du séjour en CSI s'élève à 12.6 jours (ÉT=13,52) pour cet échantillon. Cette dispersion importante s'explique probablement par la différence entre le séjour minimum (1 jour) et celui maximum (57 jours). Il est important de

préciser que le séjour de 95 jours qui a été supprimé pour le calcul de la durée fait partie de cas extrêmement rares où la phase aiguë peut durer plusieurs mois. Les études récentes étudient souvent ensemble l'isolement et la contention mécanique. Pour cela, les calculs sur la durée se font en additionnant le temps moyen pour les deux mesures. L'étude grecque (Bilanakis et al., 2010) rapporte une moyenne de 64.9 heures (ÉT=122.4heures). Hendryx et al. (2010) arrivent à des résultats similaires en mettant en évidence la durée moyenne de l'isolement à 66,7 heures (ÉT=213.5 heures). Il existe cependant de grandes variations dans la durée des épisodes d'isolement, ce qui est visible au travers des écarts types. Différents facteurs peuvent expliquer ces variations : les protocoles d'utilisation, la législation ou les infrastructures disponibles (unités ouvertes ou fermées, nombre de personnel) (Palazzolo, 2002 ; Steinert, 2010 ; Bowers et al., 2007). En ce qui concerne la durée de séjour pour l'échantillon de cette étude, elle est supérieure à celle rapportée dans la littérature internationale. Comme la suroccupation des lits à l'hôpital est devenue un problème chronique, les patients qui ont été en CSI, dans la majorité des cas, n'ont pas eu une place réservée dans une chambre « normale ». De ce fait, même si leur état ne nécessitait plus la CSI, ils y restaient jusqu'à ce qu'un lit se soit libéré. Ce facteur a fortement augmenté la durée de la CSI. Cette problématique a été traitée par la Direction des soins et depuis, tout patient qui est en CSI dispose d'un lit dans une chambre « normale », ce qui permet sa sortie de la CSI sans attendre plusieurs jours la libération d'une place.

Le vécu de la CSI en terme de pénibilité

Le deuxième objectif de cette recherche était d'explorer le vécu subjectif de la CSI en termes de pénibilité. Il a été démontré que la CSI était une mesure pouvant

être vécue par le patient de manière pénible ou traumatisante (Frueh et al. , 2005 ; Happel & Harrow, 2010 ; Holmes et al. , 2004). Dans cette étude, le vécu subjectif a été analysé sous un angle de six facteurs - humiliation, effets physiques, séparation avec le personnel soignant, environnement, peur, contrainte appliquée - et cela dans le but d'évaluer le risque de traumatismes postérieurs en lien avec l'expérience en CSI.

Il en ressort que c'est la dimension de contrainte qui a été vécue de manière la plus pénible. Bergk et al. (2010) ont construit cette échelle dans le but de dépister pour le patient le risque de conséquences négatives dues aux mesures de contrainte. Pour cette étude, la moyenne de pénibilité se situe à 2,92 (versus 2,66 pour l'étude allemande de Bergk et al.). Elle englobe des aspects de soumission à la contrainte. Cette étude participe donc aux résultats qui démontrent que ces sentiments sont en lien avec un manque de participation à la prise de décision (Frueh et al. 2005 ; Kontio et al., 2012 ; Meehan et al., 2004 ; Steinert et al., 2007). Cela peut être également lié au sentiment de ne pas être informé sur l'intervention, de ne pas avoir le choix, et de voir cette mesure imposée sans attendre le consentement du patient. L'étude de Cano et al. (2011) confirme ce fait. Sur 30 participants, seulement 5 ont consenti à la mise en CSI ; la grande majorité (73%) a estimé avoir reçu trop peu d'informations lors de son séjour en CSI, voire en avoir été privé. Dans la présente étude cela n'a pas été directement objectivé. Mais la dimension contrainte estimée comme fortement pénible peut se rapprocher du constat que les patients se sont senti soumis car n'avaient pas choisi la CSI. Ainsi, la CSI pourrait être interprétée par le patient comme une mesure punitive (Cano et al., 2011). Comme déjà souligné, l'utilisation de mesures de contrainte est souvent accompagnée de la perte de discernement du patient, de par la décompensation de sa maladie. Afin de prévenir ces situations, l'élaboration des directives anticipées

est recommandée. Cette initiative permettrait d'aborder le sujet de la contrainte avec le patient, en anticipant la perte de discernement. Ainsi, le patient pourrait exprimer ses craintes et négocier des mesures qui soient le moins traumatisant possible en cas de nécessité. De ce fait, même si les soignants doivent recourir à la CSI, le patient peut en partie le prévoir, sans que cela ne lui soit complètement imposé (Drozdek, 2007).

Néanmoins, bien souvent, les interventions pour la mise en CSI s'effectuent dans des situations urgentes, lorsque le patient n'a pas tout son discernement. Cela pourrait expliquer en partie le manque de participation du patient à la prise de décision pour l'utilisation de la CSI. L'étude de Bergk et al. (2010) aboutit à des résultats semblables pour la deuxième dimension qui est celle d'humiliation, avec une moyenne de 2,58. Pour l'échantillon ici présenté, cette moyenne atteignait 2,46. Cette dimension couvre les aspects d'atteinte à l'autonomie de la personne à sa dignité humaine. En effet, la CSI est une mesure de contention et une entrave à la liberté de la personne (ASSM, 2005). Elle est utilisée uniquement lorsque toutes les autres mesures ont échoué (LSP, 1985).

En ce sens, la CSI peut être interprétée comme une nécessité pour aider certains patients à retrouver leur autonomie et non pas comme une atteinte à leur autonomie (Prinsen & van Delden, 2009). Il est très difficile de savoir si la CSI est une atteinte à la dignité en soi (Prinsen & van Delden, 2009). L'étude de Schröder et al. (2006) sur la qualité des soins démontre que certains aspects, comme un personnel compétent et un traitement non-discriminatoire, sont des conditions associées au respect de la dignité. Dans ce sens, il est difficile de savoir à quel point la CSI est une atteinte à la dignité quand elle est encadrée d'un personnel compétent, à l'écoute et qui fait participer le patient, de sorte de diminuer au maximum le sentiment de honte. Pour Prinsen & van Delden (2009), de ce point de

vue, le respect de la dignité ne dit rien sur l'utilisation ou non de la CSI ; en revanche, la manière de l'utiliser et d'accompagner le patient est elle primordiale.

Une autre dimension du questionnaire sur la pénibilité perçue traite des effets physiques pénibles. Ces aspects touchent les douleurs ressenties, la présence des toilettes dans les CSI, la prise de douche en présence du personnel soignant. Il s'avère que cette dimension n'a pas été ressentie comme fortement pénible pour l'échantillon de cette étude ni pour celui de l'étude allemande ($M=1,35$ vs $M=1,72$). Dans les études recensées pour ce travail, cet aspect de pénibilité n'est pas ressorti au premier plan. Il est donc difficile de le discuter. L'hypothèse qui peut être formulée, c'est que la CSI ne semble pas provoquer de pénibilité en terme d'effets physiques, ou, du moins que d'autres dimensions de pénibilité prennent plus d'ampleur, ce qui expliquerait que cette dernière ne soit pas perçue comme très importante.

La dimension suivante c'est la séparation avec le personnel soignant. La moyenne de pénibilité est de 2,26 pour cet échantillon (de 2,39 pour l'étude allemande), ce qui signifie que cet aspect a été ressenti comme plus que moyennement pénible. Plusieurs études qualitatives sur le vécu des patients en CSI rapportent des résultats qui vont dans le même sens, à savoir que les patients se sont sentis abandonnés, avec un manque d'interactions thérapeutiques avec les soignants, avant, pendant et après l'isolement (Keski-Valkama et al., 2010 ; Kontio et al., 2012).

La dimension environnementale n'a pas été perçue comme fortement pénible avec une moyenne de 1,76 (versus 1,87 pour l'étude allemande). Cela peut s'expliquer par la présence des toilettes et de la sonnette dans les CSI concernées par cette étude. La dimension de peur consistait à évaluer la peur de mourir ou la

peur d'être tué. Pour cet échantillon, c'est la dimension perçue comme la moins pénible avec une moyenne de 0,62 (1,74 pour l'échantillon allemand).

Par conséquent, le vécu subjectif du patient en termes de pénibilité démontre que plusieurs dimensions ont été vécues comme très pénibles par les patients faisant partie de cette étude. En outre, diverses études démontrent que les patients expriment le besoin de parler de leurs sentiments en lien avec la CSI par la suite (Keski-Valkama et al, 2010;.Needham et al., 2010 ; Ryan & Happell,2009). Cela pourrait être un moyen d'atténuer les effets pénibles de la CSI. Si cela n'est pas fait, il existe un grand risque que les patients gardent leurs sentiments négatifs, ce qui peut avoir une influence sur la poursuite du traitement. Le risque de développer une perception négative des services de santé mentale est élevé, ce qui affaiblirait l'alliance thérapeutique et aurait donc un impact négatif sur le traitement (Frueh et al., 2005 ; Steinert et al., 2007).

La manière dont les patients comprennent la raison de la mise en CSI reflètent le fait qu'ils ne comprennent que moyennement la raison pour laquelle les soignants ont dû recourir à cette mesure. L'item « Mon état le nécessitait » est le plus haut évalué avec une moyenne de 1,52. Cela signifie que les patients sont partiellement d'accord avec cet énoncé. Il aurait été pertinent de s'intéresser au mode d'admission des participants, car, comme le rapporte une récente étude grecque (Bilanakis et al., 2010), les patients admis en mode involontaire présentent plus de risque de séjourner en CSI que les patients admis en mode volontaire. Pour aller dans le sens de ces études récentes, un débriefing post isolement est recommandé afin de reconstituer l'événement et lui donner du sens (Needham & Sands, 2010). C'est une recommandation qui peut contribuer de manière significative à des soins basés sur le partenariat, en diminuant la durée des hospitalisations, tout en améliorant le rétablissement du patient. D'autant plus que selon Palazzolo (2004),

près de 85% des patients se souviennent du prénom des infirmiers qui leur ont prodigué des soins dans la CSI, ainsi que d'autres nombreux détails. Ces mêmes patients peuvent cependant manquer d'informations sur les raisons qui les ont amenés en CSI, de par la confusion présente lors de leur mise en CSI. L'étude menée par Keski-Valkama et al. (2010) ont mis en évidence cet élément, en découvrant que les patients ayant été mis en CSI n'avaient pour la plupart pas eu de débriefing après la sortie de la CSI bien qu'ils aient déclaré en avoir besoin. Ces patients ont exprimé un manque de souvenir sur les raisons de la mise en CSI en lien avec la présence de confusion et des sentiments négatifs. Ils ont affirmé la nécessité d'un débriefing afin d'en éclaircir les raisons et d'atténuer ces sentiments. Ces constats peuvent conduire à une hypothèse pour l'échantillon de cette étude : si les patients n'ont pas disposé d'un espace formel pour discuter des raisons qui les ont conduits en CSI, le bas niveau de compréhension est dès lors bien justifié par cette lacune, de même que par les sentiments négatifs qu'ils en gardent.

Evaluation de l'effet thérapeutique de la CSI

L'échelle d'amélioration globale a mis en évidence le fait que les infirmières référentes des patients ayant séjourné en CSI estiment majoritairement (64%) que l'état du patient s'est fortement amélioré en CSI. L'échelle n'a pas pris en considération d'autres éléments qui aurait pu améliorer l'état du patient, tels que l'administration simultanée des psychotropes. Ce résultat se rapproche de l'étude de Happell & Koehn (2011a) dont les participants (soignants en santé mentale) décrivent les effets positifs de la CSI : dans la plupart des cas, les patients sont plus calmes et se comportent mieux qu'avant leur mise en CSI. La CSI est également indiquée lors de comportements violents ou dangereux envers soi-même ou les

autres (Meehan et al., 2004). Par conséquent, dans cette même étude, 75% des infirmières soutiennent l'utilisation des CSI, tout en précisent la pénibilité d'une telle mesure et les sentiments négatifs véhiculés. Meehan et al., (2004) ont mis en évidence que seulement 4% des patients perçoivent l'effet bénéfique de la CSI, contre 60% des soignants ($p \leq 0,001$). Les conclusions de la revue Cochrane (Sailas & Fenton, 2000) sur l'utilisation de l'isolement et des contentions mécaniques signalent le manque d'études contrôlées randomisées qui évaluent les effets des telles mesures de contraintes sur des patients souffrant de maladies psychiatriques. De ce fait, il est difficile de donner des recommandations fiables quant à leur utilisation et efficacité.

Relation entre le vécu des patients et l'appréciation des infirmières

Aucune relation significative n'est apparue entre le vécu des patients et l'évaluation de l'effet thérapeutique des infirmières. Cela va dans le sens des constats déjà effectués dans ce travail, à savoir l'existence d'un écart important entre les positions des patients et des soignants face à l'utilisation des CSI. Les patients insistent sur les émotions négatives, telles que la colère, l'anxiété, la tristesse, le sentiment d'abandon (Cano et al., 2011 ; Frueh et al., 2005 ; Holmes et al., 2004 ; Palazzolo, 2004), seul un petit nombre d'entre eux estime que la CSI a amélioré leur état. Reste à analyser les relations entre la manière dont les patients apprécient l'effet de la CSI, et l'appréciation thérapeutique des soignants.

Relation entre les facteurs de pénibilité et les items de la compréhension

Des corrélations négatives significatives ont été identifiées entre l'item de compréhension « Mon état le nécessitait » et trois facteurs de pénibilité : avec l'humiliation le coefficient de corrélation de Spearman est de -0,64 ($p = 0,001$) ; avec

la séparation avec le personnel soignant un coefficient de corrélation est de -0.60 ($p=0,001$) ; avec les effets physiques (relation légèrement significative) le coefficient de corrélation est de -0,43 ($p=0,029$). L'hypothèse qui peut en découler peut être formulée de la manière suivante : moins le patient se sent humilié, moins il ressent la séparation avec le personnel soignant comme pénible ainsi que son environnement physique, mieux il arrive à exprimer le fait que son état nécessitait une mise en CSI. Cela a du sens avec ce qui a déjà été écrit à ce sujet, à savoir que les éléments ressentis comme difficiles pour le patient lors des soins en CSI sont souvent liés au sentiment d'humiliation, à l'atteinte à son autonomie, ainsi qu'à la séparation avec le personnel soignant, mais moins à l'environnement physique.

Il n'a pas été possible de comparer les corrélations susmentionnées avec d'autres résultats, faute d'études accessibles à ce sujet. Ces résultats concernent un échantillon limité à 25 patients mais ils peuvent donner des pistes pour les soins prodigués dans des CSI. Il apparaît que ces trois facteurs doivent être priorités par les soignants pour que la CSI soit perçue comme bénéfique pour le patient : en lui donnant un espace de discussion avant et après la CSI afin de diminuer au maximum le sentiment d'humiliation, en renforçant la présence du personnel infirmier lors des soins en CSI et en rendant l'environnement physique du patient le moins pénible possible. Dans ces résultats, trois moments importants se dessinent lors de la prise en charge des patients en CSI. Le premier concerne la phase précédant la mise en CSI, le deuxième concerne la phase de séjour en CSI et le dernier consiste en phase de débriefing avec le patient, à la suite sa sortie de la CSI.

Lien entre la durée du séjour en CSI en la pénibilité de la contrainte

Parmi les résultats obtenus entre le groupe des patients à moins de 7 jours et ceux à plus de 7 jours, un lien avec la dimension de contrainte existe sous l'angle de pénibilité. Il en ressort que les patients qui ont été à moins de 7 jours en CSI ont ressenti la dimension de contrainte comme moins pénible (MÉD=2,5), en comparant à ceux de 7 jours et plus en CSI (MÉD=3,5) (U=97,5; p= 0,042). Ce résultat met en évidence que la durée du séjour en CSI renforce le sentiment de soumission à une contrainte chez les patients qui ont participé à cette étude. Si ce résultat ne peut pas être généralisé à cause de l'échantillon restreint, il constitue un indice important pour les cliniciens qui soutiennent la possibilité d'utiliser la CSI dans les situations exceptionnelles d'agressivité ou de violence. Aucune étude retenue pour ce travail n'a comparé ces deux variables. Toutefois, quelques explications peuvent être formulées en ce qui concerne le lien entre la durée de la CSI et le sentiment de contrainte. La CSI s'avère nécessaire dans certaines circonstances (Happel & Koehn, 2011b ; Meehan et al., 2004). Les patients perçoivent les effets négatifs, tels que l'atteinte à leur autonomie, la dévalorisation, le sentiment de punition et les effets traumatisants (Cano et al., 2011 ; Frueh et al. , 2005 ; Mason & Brady, 2009 ; Palazzolo, 2004), ce qui peut avoir une influence sur l'adhérence au traitement (Frueh et al. , 2005 ; Steinert et al., 2007). Au vu des résultats obtenus dans cette étude, l'hypothèse suivante peut être avancée : la diminution de la durée en CSI pourrait diminuer chez le patient le sentiment de perte d'autonomie et donc améliorer l'alliance thérapeutique, ce qui renforce l'adhérence du patient au traitement. Cet aspect peut permettre de mieux travailler la prévention des rechutes et la gestion de la maladie et, de ce fait, diminuer le risque de retour en CSI.

Les alternatives proposées

Kuosmanen et al. (2006) ont démontré que les patients soumis à des soins sous la contrainte ont un faible taux de satisfaction en ce qui concerne les soins qu'ils ont reçu. De récentes études recommandent donc d'impliquer les patients qui ont été en CSI dans la recherche d'alternatives à la CSI d'amélioration des conditions (Kontio et al., 2012). Pour poursuivre dans ce sens, les patients participant à cette recherche ont proposé les alternatives suivantes : un accompagnement plus intense par le personnel soignant, la participation du patient à la prise de décision, l'utilisation de traitements médicamenteux à fortes doses, une chambre individuelle, des activités thérapeutiques ainsi que la suppression de la présence d'un agent de sécurité. Cela va dans le même sens que les résultats de Keski-Valkama et al. (2010), où les patients interrogés ont proposé des alternatives telles que les chambres individuelles (mais non la CSI), la désescalade verbale, le traitement médicamenteux et les activités thérapeutiques, comme l'ergothérapie. Ces mêmes patients se sont également exprimés sur l'amélioration des conditions en CSI. Ils ont proposé plus d'interaction avec les soignants, plus de facilité pour accéder aux WC ou aux douches, des lits plus confortables, la possibilité de fumer, l'installation d'une sonnette, une moindre durée en CSI et, enfin, la possibilité d'avoir des habits normaux. Kontio et al. (2012) ont recueilli des données similaires auprès des patients : ils suggèrent comme alternatives à la CSI un renforcement de l'interaction ou de la présence des soignants, des activités, des chambres individuelles ou des espaces calmes avec une musique relaxante, ainsi que des traitements médicamenteux. Ainsi, les résultats présentés confirment qu'un certain besoin des changements se fait sentir dans des pratiques actuelles.

Pertinence du cadre théorique

Théorie d'Imogène King

Pour la présente étude la théorie d'atteinte des objectifs d'Imogène King, ainsi que les principes éthiques ont été choisis. La théorie de King porte sur les questions centrales de l'interaction entre les infirmières et les patients et le processus de prise de décision. Selon King (King, 1981, 1992 dans Meleis, 2007), le processus d'interaction est influencé par les perceptions, les objectifs, les besoins et les valeurs du patient et de l'infirmière. Le patient a le droit d'obtenir des informations concernant les soins, de les accepter ou de les refuser.

Cette étude a mis en évidence le fait que les patients vivent la CSI comme pénible de par le sentiment de soumission et d'humiliation, le manque de contact avec le personnel soignant. La prise de décision pour la CSI se fait de manière générale en urgence, en cas de crise aiguë, sans que cela soit toujours planifié comme un objectif commun avec le patient. Donc, si le vécu de la CSI est décrit comme pénible et difficile, cela suppose qu'il y ait eu une rupture dans le processus d'atteinte des objectifs qui a empêché la transaction. Par conséquent, le processus doit recommencer. Comme le soin est un processus interactif, l'exploration du vécu pénible avec le patient semble un bon moyen d'y parvenir. Les résultats de l'étude ont démontré que la majorité des soignants ont estimé que la CSI a fortement amélioré l'état des patients. Pour aller dans le sens de King, les soignants référents des patients devraient témoigner auprès des patients de ce en quoi la CSI leur a été bénéfique afin d'atteindre le but des soins infirmiers, c'est-à-dire, d'aider les personnes à maintenir leur état de santé afin qu'ils puissent fonctionner dans leurs rôles et retrouver leur équilibre. Comme les résultats de cette étude le démontrent, il y a une corrélation négative significative entre la dimension de séparation avec le personnel soignant et l'item de compréhension « Mon état nécessitait la CSI ».

Travailler sur le vécu de la CSI avec le patient offre une opportunité d'arriver à une transaction et d'améliorer la compréhension du sens de la CSI chez le patient. Pour aller dans le sens de King, cela peut se produire, mais l'essentiel est d'évaluer quelle en était la raison et de reconstruire l'événement avec le patient. Le soin est un processus d'action, de réaction, d'interaction et de transaction. La transaction (donc l'atteinte des objectifs communs) est effectuée lorsque l'infirmière et le patient décident ensemble des objectifs à atteindre, en s'entendent sur les moyens et la mise en œuvre. L'évaluation détermine si oui ou non les objectifs ont été atteints. Sinon, il est nécessaire d'identifier pourquoi certains objectifs n'ont pas abouti, puis le processus recommence (King, 2001, dans Meleis, 2007).

Principes éthiques

Le recours à la CSI reste actuellement passablement controversé et questionne au niveau éthique et déontologique : car deux principes entrent en contradiction, celui du respect de l'autonomie du patient et celui de non-malfaisance qui guide les soignants. Saint-Arnaud (2009) a élaboré une synthèse des approches sur l'éthique de la santé dans une approche globale destinée principalement aux infirmières. Cette synthèse définit le soin comme une action qui a pour but de rétablir ou à maintenir un niveau de santé dont l'équilibre peut être affecté par des facteurs internes ou externes. Dans cette perspective, les résultats obtenus dans ce travail montrent que les soignants sont d'avis que la CSI est bienfaisante pour les patients qui y ont séjourné, en la jugeant très bénéfique. Ils se basent sur le principe de bienfaisance qui prône l'obligation morale d'offrir à la personne les soins bénéfiques pour elle : ce principe promeut le droit d'obtenir de l'aide nécessaire pour protéger la santé, d'obtenir les traitements adéquats, d'être dans un environnement de soins sécurisé (ASI, 2008). Pour reprendre les raisons pour lesquelles les patients ont été en CSI, à savoir une décompensation grave, l'agressivité, l'agitation, il semble que

les soignants ont complètement privilégié le principe de bienfaisance pour les patients concernés.

De leur côté, les patients ont vécu certains aspects de manière pénible, tels que le manque de participation aux décisions, la soumission, le manque de liberté de mouvement, etc. Ces éléments entrent dans un autre principe éthique, celui d'autonomie. Ce principe prône que la personne a le droit au respect, à l'information nécessaires afin de participer à la prise de décision, à la liberté de mouvement et au respect de sa sphère privée. Dans ce sens, il est à considérer que ce principe n'a pas été respecté au détriment du principe de bienfaisance avec l'hypothèse que la CSI aiderait le patient à retrouver son autonomie.

La suroccupation des lits à l'hôpital a empêché que les patients en CSI disposent parallèlement d'un lit dans une chambre « normale ». Ce fait touche le principe de justice, à savoir la répartition juste des ressources et le traitement équitable selon les besoins des personnes. Dans cette perspective, les patients qui ont été en CSI n'ont pas été traités de manière juste et équitable par rapport à d'autres patients.

Limites de l'étude

Il y a au moins trois types de validité auxquelles on doit porter attention pour identifier les limites d'une étude : la validité de la conclusion statistique, la validité interne et la validité externe. Ces formes de validité examinées dans les paragraphes suivants.

Recrutement et recueil des données

Le recrutement a été à la charge de l'étudiante chercheuse qui n'était pas présente tous les jours dans les unités de soins. Il en ressort qu'elle n'a pas réussi à voir tous les patients ayant séjourné en CSI durant la période d'investigation.

Néanmoins, il lui a été très profitable de faire partie des équipes soignantes en termes d'accès aux patients en CSI. L'alliance thérapeutique établie avec une grande partie d'entre eux a également facilité le déroulement du recueil des données. Il est important de remarquer que les patients ont été vus à des moments différents après leur sortie de la CSI, ce qui peut représenter un biais. Prinsen & van Delden (2009) ont mis en évidence qu'avec un certain recul, les patients voyaient plus d'effets bénéfiques à la CSI.

Instruments

Pour mesurer le vécu des patients dans la CSI, l'échelle *Coertion Experience Scale* a été employée. Pour cet échantillon le coefficient de Cronbach est ressorti à 0,60, donc légèrement plus bas que dans l'étude de validation de cet instrument où il était à entre 0,67 et 0,93 (Bergk et al., 2010). La valeur obtenue pour cet échantillon prouve néanmoins une bonne cohérence interne (Fortin, 2010). L'échelle sur la compréhension prouve également une bonne cohérence interne ($\alpha=0,79$).

L'échelle *Clinical Global Impression* a été un outil qui s'est avéré peu adapté pour évaluer l'effet de la CSI. Cette échelle est principalement utilisée pour évaluer les effets des médicaments. Par conséquent, elle ne permet pas d'inclure la complexité du soin en CSI. Il y a eu peu de variations dans les réponses des soignants et la majorité d'entre eux ont estimé qu'effectivement, l'état du patient s'est amélioré dans la CSI, mais cela n'était pas uniquement lié à cette mesure, vu la présence d'autres facteurs extrêmement importants lors des soins en CSI, tels que la médication, les soins relationnels, les approches corporelles. Pour une prochaine étude, il serait précieux d'utiliser une échelle plus nuancée qui soit mieux adaptée aux soins en CSI. Néanmoins, puisqu'il s'agit d'une échelle fortement utilisée, elle avait le mérite de permettre des comparaisons.

Validité externe

Le nombre de 25 patients et de 25 infirmières est restreint et représente une des limites de cette recherche. En outre, le contexte spécifique dans lequel cette étude s'est déroulée ne permet pas de généraliser directement les résultats de la présente étude à d'autres populations ou contextes.

Recommandations pour la pratique clinique, la recherche, enseignement

Pratique clinique

Cette recherche a été menée auprès des patients ayant séjourné en CSI et auprès des soignants qui les ont accompagnés lors de la phase de cette crise aiguë. Elle a démontré que la CSI est une mesure vécue comme pénible sous plusieurs angles. Cela confirme la nécessité d'inclure dans la pratique clinique les résultats probants, les connaissances théoriques qui font partie des compétences cliniques des infirmières en pratique avancée. De ce fait, plusieurs pistes d'interventions infirmières peuvent être envisagées. Il devient incontournable d'inclure de manière systématique la participation des patients pour évaluer l'effet de la CSI et les besoins qui n'ont pas été satisfaits durant cette période. Les résultats de cette étude ont démontré que les patients ne comprenaient pas bien les raisons de leur mise en CSI. Par conséquent, ces aspects doivent être retravaillés avec le patient après sa sortie de la CSI afin de favoriser sa participation au processus décisionnel, même si cela se fait à la fin de la mesure. En outre, la communication efficace entre les infirmières et les patients est une condition nécessaire pour gérer l'agressivité et la violence. Pour ce faire, les infirmières en pratique avancées peuvent offrir des informations et des supervisions aux infirmières travaillant avec des patients souffrant des maladies psychiatriques et qui

peuvent se retrouver en CSI. La théorie d'atteinte des buts d'Imogène King serait un support de travail solide à utiliser avec les équipes infirmières.

Une autre piste pour la clinique concerne le développement des directives anticipées avec les patients qui sortent de la CSI et qui risquent d'y retourner. La planification anticipée des souhaits des patients pourrait être un moyen pour réduire les restrictions et envisager des alternatives à l'isolement. Dans cette perspective, la fonction infirmière d'advocacy (représentante de la voix du patient) prend tout son sens.

La durée de séjour en CSI dans la présente étude est supérieure aux résultats provenant d'autres pays. Cet aspect devrait également être questionné dans la pratique clinique, surtout s'il influence le vécu négatif de la CSI. La règle qui doit être impérativement respectée dans les unités consiste à avoir une chambre individuelle pour le patient qui est en CSI. Cela donne la possibilité de le sortir à tout moment, sans mettre en avant l'argument d'aucune place disponible dans l'unité. Cela implique également que l'indication à la CSI doit être minutieusement évaluée en équipe interdisciplinaire plus d'une fois par jour. Le nombre des infirmières présentes dans les unités devrait également être interrogé. En effet, pour envisager des alternatives à la CSI, le ratio infirmières/patients devrait être augmenté et ainsi, le soin prodigué en CSI s'approcherait plus d'un soin intensif. Afin de pouvoir induire ces changements dans la pratique clinique, la compétence de leadership infirmière est essentielle, car « ce sont des agents catalyseurs de changement qui cherchent constamment des nouveaux moyens efficaces de pratiquer, d'améliorer la prestation des soins, d'orienter leur organisation, d'être bénéfiques pour le public et d'influencer les politiques sur la santé » (AIIIC, 2008, p. 24).

Recherche

Malgré la taille d'échantillon limitée, cette étude offre des résultats régionaux concernant le vécu de la CSI, la compréhension qu'a le patient et l'évaluation des infirmières. Compte tenu du nombre restreint des participants (25 patients et 25 infirmières), il s'avère nécessaire de poursuivre le recueil de données afin de pouvoir généraliser les résultats à la population cible et à d'autres contextes. En outre, pour une autre recherche, d'autres variables pourraient être intégrées, telles que le mode d'admission du patient (volontaire/involontaire) et le nombre d'hospitalisations. De leur côté, les infirmières pourraient être questionnées sur leur compréhension de la mise en CSI du patient et sur l'impact émotionnel de ce type d'intervention. Tester la théorie d'atteinte des buts d'Imogène King avec l'évaluation du patient et de l'infirmière permettrait de comparer les résultats avec les études déjà existantes sur les perceptions des patients et des infirmières.

Par le biais de ce travail, une prise de conscience a été faite au niveau de la nécessité de faire la recherche autour du sujet de la CSI. Ceci dans le but de fournir des résultats, de pouvoir les comparer avec ceux d'autres régions, pays ou continents et pour poursuivre les recommandations de la revue Cochrane (Sailas & Fenton, 2000), de se prononcer de manière solide sur l'efficacité des mesures de contrainte en psychiatrie.

Formation

En se basant sur les résultats de cette étude, des ateliers cliniques pourraient être proposés à l'intérieur des unités concernées. Les aspects légaux et les recommandations cliniques pourraient y figurer. Le rôle d'infirmière clinicienne spécialisée pourrait consister à présenter des articles scientifiques sur le sujet, le cadre légal, les pratiques provenant d'ailleurs, et ainsi, inciter les soignants à l'utilisation des résultats probants. Cela aiderait les infirmières à prendre

continuellement conscience que la CSI est une mesure exceptionnelle qui entrave les droits fondamentaux de la personne et par conséquent, rend responsable des infirmières de prodiguer des soins de haute complexité qui demandent des compétences solides dans le domaine de soins psychiatriques aigus.

CONCLUSION

Cette étude avait pour but de décrire le vécu subjectif des patients ayant séjourné en CSI et l'évaluation de l'effet thérapeutique par les infirmières. Comme objectif secondaire, elle visait à explorer des relations entre : le vécu des patients et l'évaluation des infirmières, les six dimensions du vécu et la compréhension qu'avait le patient de sa mise en la CSI, ainsi que la durée du séjour en CSI et la dimension de contrainte.

Les résultats obtenus ont montré que les patients mis en CSI souffraient dans la majorité des troubles schizo-affectifs et de troubles bipolaires, ce qui est en cohérence avec le milieu dans lequel l'investigation s'est déroulée. Les raisons justifiant cette mesure étaient en cohérence avec les recommandations de l'ASSM (2005) et respectaient la LSP (1985) en étant un geste thérapeutique qui visait à protéger le patient ou les tiers, ainsi qu'à aider le patient à retrouver son autonomie.

Les patients ont évalué la pénibilité de la CSI selon six dimensions. Trois d'entre elles ont été vécues comme fortement pénibles : la dimension de contrainte, de séparation avec le personnel soignant et celle d'humiliation. Trois autres dimensions ont été perçues comme légèrement pénibles. Ce sont : les effets physiques, l'environnement et la peur. La compréhension qu'avait le patient du recours à la CSI n'est pas satisfaisante, avec un résultat inférieur à la moyenne. En outre les infirmières ont estimé dans la majorité que la CSI a fortement amélioré l'état du patient dont elles étaient référentes. Aucune relation significative n'est apparue entre le vécu des patients et l'évaluation des infirmières. Par ailleurs, des

corrélations négatives significatives ont été identifiées entre l'item de compréhension « Mon état le nécessitait » et trois facteurs de pénibilité, tels que l'humiliation, la séparation avec les soignants et les effets physiques. Egalement, il a été mis en évidence que la durée du séjour influence le degré de pénibilité dans la dimension de contrainte. Enfin, les patients se sont exprimés sur les alternatives à la CSI en proposant un accompagnement plus intense par le personnel soignant, leur participation dans la prise de décision, l'utilisation des traitements médicamenteux à fortes doses ou une chambre individuelle.

Comme déjà évoqué, une des grandes limites de cette étude est la taille d'échantillon qui ne permet pas de généraliser les résultats ni à la population cible, ni à d'autres contextes. Néanmoins, des pistes de réflexion pour la recherche et pour la pratique sont suggérées.

RÉFÉRENCES

- AIIC. (2008). La pratique infirmière avancée. Un cadre national. Retrieved from http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP_National_Framework_f.pdf
- Ashcraft, L., Anthony, W. (2008). Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services. *Psychiatric Services*, 59(10), 1198-1202.
- ASI. (2008). L'éthique dans la pratique des soins. Bern: ASI.
- ASSM. (2005). *Mesures de contrainte en médecine. Directives médico-éthiques de l'ASSM*. Bâle.
- Baratta, A., Morali, A. (2010). Chambres d'isolement en psychiatrie: état des lieux en France. *Médecine & Droit*, 2010, 86-89.
- Bardet Blochet, A. (2009). Les chambres fermées en psychiatrie: poursuivre le débat pour dépasser les conflits. *Schweizer Archiv für neurologie und psychiatrie*, 1, 4-11.
- Beauchamp, T. L., Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Bergk, J., Flammer, E., Steinert, T. (2010). "Coercion Experience Scale" (CES)--validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*, 10, 5.
- Bernheim, E., Larue, C. (2009). Mesures de contrôle en psychiatrie: impacts cliniques et juridiques de la recherche interprétative. *Aporia*, 1(1), 52-62.
- Bilanakis, N., Kalampokis, K.C., Peritogiannis, V. (2010). Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of a general hospital in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 402-411.
- Bonsack, C. & Borgeat, F. (2005). Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 342-347

- Bovet, P. (2008). Mesures de contention dans les hôpitaux psychiatriques du Canton de Vaud. Lettre au Secrétaire Général du DSAS. Lausanne: Département de Psychiatrie, PGE, CHUV.
- Bowers, L., Van Der Merwe, M., Nijman, H., Hamilton, B., Noorthorn, E., Stewart, D., & Muir-Cochrane, E. (2010). The practice of seclusion and time-out on English acute psychiatric wards: the City-128 Study. *Arch Psychiatr Nurs*, 24(4), 275-286.
- Bowers, L., van der Werf, B., Vokkolainen, A., Muir-Cochrane, E., Allan, T., & Alexander, J. (2007). International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: A comparative questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 357-364.
- Cano, N., Boyer, L., Garnier, C., Michel, A., Belzeaux, R., Chabannes, J. M., . . . Harle, J. R. (2011). Patients' perception of seclusion in psychiatry: ethical perspectives. *L'Encephale*, 37 Suppl 1, S4-10.
- Clearly, M., Hunt, G., Walter, G. (2010). Seclusion an its context in actu inpatient psychiatric care. *Journal Med Ethics*, 36, 459-462.
- Drozdek, D. (2007). *Les directives anticipées en psychiatrie: le défi d'un partenariat*. Lausanne.
- Dumais, A., Larue, C., Drapeau, A., Menard, G., & Giguere Allard, M. (2011). Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(5), 394-402.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (2h ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal (Québec) Chenelière Education.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
- Friard, D. (2002). *L'isolement en psychiatrie. Séquestration ou soins?* Paris: Masson.

- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., . . . Hiers, T. G. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv, 56*(9), 1123-1133.
- Funk, M., Drew, N., Saraceno, B. (2005). Ouvrage de référence sur la santé mentale. Les droits de l'homme et la législation. OMS (Ed.)
- Georgieva, I., Vesselinov, R., & Mulder, C. L. (2012). Early detection of risk factors for seclusion and restraint: a prospective study. *Early intervention in psychiatry*.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris: Les Editions de Minuit.
- Happel, B., & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing, 19*, 162-168.
- Happell, B., & Koehn, S. (2011a). Impacts of seclusion and the seclusion room: exploring the perceptions of mental health nurses in Australia. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Archives of psychiatric nursing, 25*(2), 109-119.
- Happell, B., & Koehn, S. (2011b). Seclusion as a necessary intervention: the relationship between burnout, job satisfaction and therapeutic optimism and justification for the use of seclusion. *Journal of advanced nursing, 67*(6), 1222-1231.
- Hedges, D., Brown, B. L., Shwalb, D. A. (2009). A direct comparison of effect sizes from the clinical global impression-improvement scale to effect sizes from other rating scales in controlled trials of adult social anxiety disorder. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 24*, 35-40.
- Hendryx, M., Trusevich, Y., Coyle, F., Short, R., Roll, J. (2010). The distribution and frequency of seclusion and/or restraint among psychiatric inpatient. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 37*(2), 272-281.
- Holmes, D., Kennedy, S., Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing, 25*, 559-578.
- Holmes, D., Perron, A., & Guimond, P. (2007). Le personnel infirmier et l'isolement en psychiatrie: critique du processus de décision. *Santé Mentale, 116*, 17-23.

- Kaltiala-Heino, R., Tuohimäki, C., Korkeila, J., Lehtinen, V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry* 26, 139–149.
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A., Lönnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. (2007). A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, 747-752.
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A. M., Lonqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. (2010). The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15-year study. *Nord J Psychiatry*, 64(2), 136-144.
- Khan, A., Brodhead, A. E., & Kolts, R. L. (2004). Relative sensitivity of the Montgomery-Asberg depression rating scale, the Hamilton depression rating scale and the Clinical Global Impressions rating scale in antidepressant clinical trials: a replication analysis. [Comparative Study]. *International clinical psychopharmacology*, 19(3), 157-160.
- Khan, A., Khan, S. R., Shankles, E. B., & Polissar, N. L. (2002). Relative sensitivity of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the Hamilton Depression rating scale and the Clinical Global Impressions rating scale in antidepressant clinical trials. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial]. *International clinical psychopharmacology*, 17(6), 281-285.
- King, I. (1981). *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*. New York: John Wiley & Sons.
- King, I. (1991). *A Conceptual Framework for Nursing*. Newbury Park: Sage Publications.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M., & Valimäki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Perspectives in psychiatric care*, 48(1), 16-24.
- Kuosmanen, L., Hatonen, H., Jyrkinen, A. R., Katajisto, J., & Valimäki, M. (2006). Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of advanced nursing*, 55(6), 655-663.

- Larousse (2011). Dictionnaire Français. Document consulté le 23 septembre 2012 de <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/isolation>
- 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, 440-446.
- Larue, C., Dumais, A., Drapeau, A., Menard, G., & Goulet, M. H. (2010). Nursing practices recorded in reports of episodes of seclusion. *Issues Ment Health Nurs*, 31(12), 785-792.
- Leigh, A. W. (2001). Imogene King's interacting systems theors: application in emergency and rural nursing. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 2(1), 25-30.
- Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Souminen, T., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. (2004). Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 379-385.
- Loi sur la santé publique (LSP, 1985). Document consulté le 15 mars 2011 de http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/fichiers_pdf/QUAL/LSP.pdf
- Martin, V., Bernhardsgrutter, R., Goebel, R., Steinert, T. (2007). The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: a comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 3, 1.
- Mason, O., & Brady, F. (2009). The psychotomimetic effects of short-term sensory deprivation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 783-785.
- Meehan, T., Bergen, H., Fjeldsoe, K. . (2004). Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed?. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33-38.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing. Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mihalcea, G. (2000). *L'utilisation de la chambre d'isolement dans un service de soins psychiatriques pour adolescents*. Diplôme d'Etudes Spécialisées de Psychiatrie, Université de Lyon.

- Monroe, T., & Pearson, F. (2009). Treating Nurses and Student Nurses with Chemical Dependency: Revising Policy in the United States for the 21st Century. [10.1007/s11469-009-9208-2]. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(4), 530-540.
- Moran, A., Cocoman, A., Scott, P.A., Matthews, A., Staniulienė, V., Valimaki, M. (2009). Restraint and seclusion: a distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 559-605.
- Needham, H., & Sands, N. (2010). Post-seclusion debriefing: a core nursing intervention. *Perspect Psychiatr Care*, 46(3), 221-233.
- Niveau, G. (2004). Preventing human rights abuses in psychiatric establishments: the work of the CPT. *European Psychiatry*, 19, 146-154.
- Nordenfelt L. The varieties of dignity. *Health Care Anal* 2004;12:69–81; discussion 83–9.
- Palazzolo, J. (2002). *Chambre d'isolement et contention en psychiatrie*. Paris: Masson.
- Palazzolo, J. (2004). About the use of seclusion in psychiatry: the patients' point of view. *Encephale*, 30(3), 276-284.
- Polit, D., Beck, C.T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.): Wolter Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Prinsen, E. J., & van Delden, J. J. (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *J Med Ethics*, 35(1), 69-73.
- Le Petit Robert*. Dictionnaire de la langue française. (1996). Paris: Le Robert
- Ryan, R., & Happell, B. (2009). Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International journal of mental health nursing*, 18(2), 100-107
- Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*(2)

- Sailas, E., & Wahlbeck, K. (2005). Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 555-559.
- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Schroder, A., Ahlstrom, G., & Larsson, B. W. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of clinical nursing*, 15(1), 93-102.
- Sclafani, M. J., Humphrey, F. J. II, Repko, S., et al. (2008). Reducing patient restraints: a pilot approach using clinical case review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44, 32-39.
- Sees, D. L. (2009). Impact of the Health Care Financing Administration regulations on restraint and seclusion usage in the acute psychiatric setting. *Arch Psychiatr Nurs*, 23(4), 277-282.
- Séguin, M., Brunet, A., LeBlanc, I. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Québec: Gaëtan Morin Editeurs. Chenelière Education.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrutter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., . . . Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(9), 889-897.
- Steinert, T., Martin, V., Baur, M., Bohnet, U., Goebel, R., Hermelink, G., . . . Voigtlander, W. (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(2), 140-145.
- Svandra, P. (2005). *Comment développer la démarche éthique en unité de soins*. Issy-Les-Moulineaux: Editions Estem.
- Séguin, M., Brunet, A., LeBlanc, I. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Québec: Gaëtan Morin Editeurs. Chenelière Education.
- Sommargren, C. E. (1994). Violence as an occupational hazard in the acute care setting. *AACN Clin Issues Crit Care Nurs*, 5(4), 516-522; quiz 542-514.

- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrutter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., . . . Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(9), 889-897.
- Steinert, T., Martin, V., Baur, M., Bohnet, U., Goebel, R., Hermelink, G., . . . Voigtlander, W. (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(2), 140-145.
- Svandra, P. (2005). *Comment développer la démarche éthique en unité de soins*. Issy-Les-Moulineaux: Editions Estem.
- Sees, D. L. (2009). Impact of the Health Care Financing Administration regulations on restraint and seclusion usage in the acute psychiatric setting. *Arch Psychiatr Nurs*, 23(4), 277-282.
- VanDerNagel, J. E., Tuts, K. P., Hoekstra, T., & Noorthoorn, E. O. (2009). Seclusion: the perspective of nurses. *International journal of law and psychiatry*, 32(6), 408-412.
- Varcoe, C., Doane, G., Rodney, P., Storch, J., Mahoney, K., McPherson, G., Brown, H., Starzomski, R. (2004). Ethical practice in nursing : working the in-betweens. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 316-325.
- Wright, B. (1987). *La crise. Manuel d'intervention à l'usage des infirmières*. Canada: Edisem.

APPENDICES

Appendice A

Echelle Coetrion Experience Scale version français

Perception subjective des mesures de contrainte

Chère patiente, cher patient,

Vous avez accepté de participer à notre enquête sur les mesures de contraintes, ce dont nous vous remercions chaleureusement. Le présent questionnaire vise à collecter des informations sur la manière dont vous avez vécu les mesures de contrainte en termes de pénibilité. Prenez si possible le temps de vous remémorer la situation avant et pendant les mesures de contrainte. Répondez aussi spontanément que possible.

1.	<p>Dans quelle mesure vous souvenez-vous des mesures de contrainte?</p> <p>Veuillez apposer une croix à l'endroit voulu sur la ligne en traitillé ci-dessous:</p> <p style="text-align: center;">pas du tout x-----x parfaitement</p> <p style="text-align: center;">0 -- 10 -- 20 -- 30 -- 40 -- 50 -- 60 -- 70 -- 80 -- 90 – 100</p>
-----------	---

2.	<p>Dans quelle mesure avez-vous ressenti les mesures de contrainte comme pénibles?</p> <p>Veuillez apposer une croix à l'endroit voulu sur la ligne en traitillé ci-dessous:</p> <p style="text-align: center;">pas pénibles x-----x extrêmement pénibles</p> <p style="text-align: center;">0 -- 10 -- 20 -- 30 -- 40 -- 50 -- 60 -- 70 -- 80 -- 90 – 100</p>
-----------	---

	Pendant les mesures de contrainte, dans quelles mesure vous êtes-vous senti(e)...	Pas du tout	Faiblement	Moyennement	Fortement	Extrêmement	Coefficient
3.	...atteint(e) dans votre <u>dignité humaine</u> ?						1
4.	...limité(e) dans vos <u>contacts</u> avec le personnel soignant?						3
5.	...limité(e) dans votre <u>liberté de mouvement</u> ?						1
6.	...soumis(e) à une <u>contrainte</u> ?						6
7.	...limité(e) dans votre faculté d' <u>autodétermination</u> ?						1

	Comment avez-vous vécu les effets pénibles suivants?	pas du tout désagréable	non désagréable	peu désagréable	moyennement désagréable	très désagréable	extrêmement désagréable	Coefficient
8.	La limitation de vos <u>contacts</u> avec le personnel soignant était...							3
9.	La limitation de votre <u>liberté de mouvement</u> était...							1
10.	La <u>contrainte</u> appliquée était...							6

11.	La limitation de votre faculté d' <u>autodétermination</u> était...						1
	Dans quelle mesure les conditions suivantes étaient pénibles pour vous?	Pas du tout	Faiblement	Moyennement	Fortement	Extrêmement	Coefficient
12.	J'avais peur de manquer d'air.						4
13.	J'avais des douleurs.						2
14.	J'avais le sentiment de perdre ma dignité						1
15.	Je dormais mal.						4
16.	Les couleurs/l'éclairage de la chambre étaient désagréables.						4
17.	Je devais m'en tenir aux instructions d'autres personnes.						1
18.	Il faisait trop chaud ou trop froid dans la chambre.						4
19.	J'avais peur que l'on me tue.						5
20.	Les autres ont pris les décisions me concernant						1
21.	Uriner/aller à selles était gênant.						2
22.	Je ne savais pas ce qui allait m'arriver.						1
23.	Uriner/aller à selles était inconfortable.						2
24.	Je ne comprenais pas pourquoi je subissais ces mesures de contrainte.						1
25.	Je ne pouvais pas me déplacer librement.						1
26.	Je ne pouvais me laver qu'en présence du personnel soignant.						2
27.	J'avais peur de mourir.						5
28.	L'aération était mauvaise dans la chambre.						4
29.	Je me sentais traité(e) comme un animal.						1
30.	J'avais peur que ces mesures ne finissent jamais.						1
31.	Mes souhaits n'étaient pas pris en compte.						1
32.	J'ai été immobilisé(e) par le personnel soignant.						
33.	J'ai dû prendre des médicaments contre mon gré.						
34.	Mon état de santé a été altéré par les effets secondaires des médicaments.						
35.	Autres effets pénibles:						

	Comment comprenez-vous que l'équipe ait recouru à une mesure de contrainte ?	Pas du tout d'accord	Faiblement d'accord	Moyennement d'accord	Fortement d'accord	Extrêmement d'accord
40.	Mon état le nécessitait					
41.	Je ne parvenais pas à me contrôler					
42.	J'ai exprimé de l'agressivité					
43.	J'ai fait peur à l'équipe					
44.	Je ne suis pas parvenu à respecter les règles de l'hôpital					
45.	Il n'y avait pas d'autres possibilités pour me contenir					
46.	Autres raisons :					
47.						
48.						
49.						

Selon vous quelles auraient pu être les alternatives ou autres mesures que nous aurions pu prendre pour éviter ou réduire la mesure de contrainte ?

Analyse

Coefficient n°:	Elément n°:	Valeur
Pénibilité globale (VAS)	1	
Coefficient 1	3	
	5	
	7	
	9	
	11	
	14	
	17	
	20	
	22	
	24	
	25	
	29	
	30	
	31	
	Somme F1 =	
	Somme F1/F14 =	
Coefficient 2	13	
	21	
	23	
	26	
	Somme F2 =	
	Somme F2/4 =	
Coefficient 3	4	
	8	
	Somme F3 =	
	Somme F3/2 =	
Coefficient 4	12	
	15	
	16	
	18	
	28	
	Somme F4 =	
	Somme F4/5 =	
Coefficient 5	19	
	27	
	Somme F5 =	
	Somme F5/2 =	
Coefficient 6	6	
	10	
	Somme F6 =	

	Somme F6/2 =	
	Somme totale =	
	Somme totale/29 =	
Nombre d'éléments jugés pénibles (>0):		

Code:	
not at all	0
a little	1
moderate	2
severe	3
extreme	4
not unpleasant	0
a little unpleasant	1
unpleasant	2
very unpleasant	3
extremely unpleasant	4

Appendice B

Données médicales



Etiquette patient : _____

Données médicales recueillies dans le dossier du patient

Diagnostic principal : _____

Indications pour la mise en chambre de soins intensifs :

1.
2.
3.
4. autres

Durée du séjour en chambre de soins intensifs (j) : _____

Appendice C

Echelle d'amélioration CGI



Echelle CGI d'amélioration (CGI : Clinical Global Impression)

Âge : _____

Sexe : _____

Expérience : _____

Avec l'échelle Clinical Global Impression (CGI), l'infirmier réfère score avec une échelle de sept points l'amélioration de l'état clinique du patient consécutive à ce traitement

Evaluez l'amélioration totale qu'elle soit ou non, selon votre opinion, due entièrement au traitement en chambre de soins intensifs. Comparé à son état au début du traitement, de quelle façon le patient a-t-il changé ?

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 0. non évalué | <input type="checkbox"/> |
| 1. très fortement amélioré | <input type="checkbox"/> |
| 2. fortement amélioré | <input type="checkbox"/> |
| 3. légèrement amélioré | <input type="checkbox"/> |
| 4. pas de changement | <input type="checkbox"/> |
| 5. légèrement aggravé | <input type="checkbox"/> |
| 6. fortement aggravé | <input type="checkbox"/> |
| 7. très fortement aggravé | <input type="checkbox"/> |

Appendice D

Formulaire d'information pour les patients



Formulaire d'information

Titre de l'étude: Les chambres de soins intensifs en psychiatrie : le vécu des patients et l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignants : étude descriptive

Investigatrice principale : Dorota Drozdek, infirmière clinicienne Section K. Jaspers, Etudiante en Master en Sciences Infirmières, UNIL, Lausanne : dorota.drozdek@chuv.ch, téléphone : +41 (0) 21 643 68 28

Madame, Monsieur,

Ce formulaire a pour but de vous informer sur votre participation à l'étude intitulée « *Les chambres de soins intensifs en psychiatrie : le vécu des patients et l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignants : étude descriptive* ». Nous vous proposons de participer à cette étude parce que vous faites partie de la population qui est directement concernée par le sujet de cette étude. Lors de votre hospitalisation, vous avez été en chambre de soins intensifs et votre vécu de cette période fait l'objet de cette recherche. Elle est menée dans le cadre de la formation de Master en science infirmières à l'Université de Lausanne ; l'investigatrice principale travaille depuis plusieurs années dans le domaine de la psychiatrie et plus précisément dans la section K. Jaspers du DP-CHUV où vous êtes actuellement hospitalisé.

Informations générales sur l'étude et les buts

La chambre de soins intensifs (CSI) est fréquemment utilisée dans des services de soins psychiatriques aigus. Différentes études montrent les divergences des points de vue entre les soignants et les patients sur leurs perceptions du vécu et de l'utilisation de la CSI. En effet, les soignants soutiennent son utilisation en le considérant comme un moyen de gérer l'agressivité et la violence dans des services psychiatriques aigus. Les patients perçoivent en principes les effets négatifs, tels que l'atteinte à leur autonomie, la dévalorisation, le sentiment de punition, et les effets traumatisants pour la majorité d'entre eux. Au vue de ces constats, il est essentiel de pouvoir mesurer l'impact de l'isolement sur le patient afin de prévenir les effets traumatisant. Parallèlement, il est important de s'intéresser au point de vue des soignants sur les effets de cette mesure. Cette recherche a pour but de fournir des données descriptives sur le sujet qui n'existent pas actuellement en Suisse Romande et comme but secondaire, elle vise à rechercher des associations entre le vécu des patients et l'évaluation de l'effet thérapeutique de la CSI par les soignants.

Caractère volontaire de la participation

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous disposerez d'un délai suffisant pour faire votre choix. Vous êtes libre d'interrompre votre participation à l'étude à tout moment sans devoir vous justifier et sans que cela n'affecte votre suivi thérapeutique.

Déroulement de l'étude

Cette étude est constituée de deux volets. Le premier, qui vous concerne en particulier, s'intéresse au vécu de la CSI par le patient et le deuxième cherche à recueillir les évaluations de l'effet thérapeutique de la CSI par les soignants. Cette étude est proposée au minimum trois jours après votre sortie définitive de la CSI. Elle est présentée soit par l'investigatrice principale, soit par un soignant de l'unité où vous êtes hospitalisé. Un délai de 24h vous sera proposé afin de vous prononcer sur votre participation. Si vous exprimez votre accord, un rendez-vous sera fixé dans les prochains jours. Lors de ce rendez-vous qui se déroulera soit avec un soignant de l'unité, soit avec l'investigatrice principale, un entretien aura lieu et un questionnaire à remplir vous sera présenté. Il vous sera demandé de répondre à des questions sur votre vécu de la chambre d'isolement. Cet entretien ne dépassera pas 15 minutes.

Bénéfices et inconvénients

Nous ne pouvons pas garantir que vous retirerez personnellement un bénéfice de votre participation à cette étude ; mais votre participation contribuera à décrire le vécu des patients de la CSI dans notre institution, ce qui est un des objectifs principaux de cette recherche et ce qui pourrait, en deuxième temps amener à des réflexions cliniques au cours de l'amélioration des soins en CSI. Cette étude ne comporte a priori aucun risque physique ou psychologique.

Confidentialité des données

Toutes les données personnelles recueillies lors de cette étude restent strictement confidentielles et sont soumis au secret professionnel des collaborateurs. Les données recueillies seront anonymisées et soumises à un traitement statistique dans lequel la trace des données individuelles disparaît complètement.

Personne de contact

Pour toutes questions supplémentaires concernant cette étude, veuillez contacter Dorota Drozdek : dorota.drozdek@chuv.ch, téléphone : +41 (0) 21 643 63 28

Appendice E

Formulaire d'information pour les soignants



Formulaire d'information

Titre de l'étude: Les chambres de soins intensifs en psychiatrie : le vécu des patients et l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignants : étude descriptive

Investigatrice principale : Dorota Drozdek, infirmière clinicienne Section K. Jaspers, Etudiante en Master en Sciences Infirmières, UNIL, Lausanne : dorota.drozdek@chuv.ch, téléphone : +41 (0) 21 643 68 28

Madame, Monsieur,

Ce formulaire a pour but de vous informer sur votre participation à l'étude intitulée «*Les chambres de soins intensifs en psychiatrie : le vécu des patients et l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignants : étude descriptive*». Nous vous proposons de participer à cette étude parce que vous faites partie de la population qui est directement concernée par le sujet de cette étude. Vous êtes le référent infirmier du patient ayant été en chambre de soins intensifs (CSI). Cette recherche est menée dans le cadre de la formation de Master en sciences infirmières à l'Université de Lausanne ; l'investigatrice principale travaille depuis plusieurs années dans le domaine de la psychiatrie et plus précisément dans la section K. Jaspers du DP-CHUV où vous travaillez actuellement.

Informations générales sur l'étude et les buts

La chambre de soins intensifs (CSI) est fréquemment utilisée dans des services de soins psychiatriques aigus. Différentes études montrent les divergences des points de vue entre les soignants et les patients sur leurs perceptions du vécu et de l'utilisation de la CSI. En effet, les soignants soutiennent son utilisation en le considérant comme un moyen de gérer l'agressivité et la violence dans des services psychiatriques aigus. Les patients perçoivent en principes les effets négatifs, tels que l'atteinte à leur autonomie, la dévalorisation, le sentiment de punition, et les effets traumatisants pour la majorité d'entre eux. Au vue de ces constats, il est essentiel de pouvoir mesurer l'impact de l'isolement sur le patient afin de prévenir les effets traumatisant. Parallèlement, il est important de s'intéresser au point de vue des soignants sur les effets de cette mesure. Cette recherche a pour but de fournir des données descriptives sur le sujet qui n'existent pas actuellement en Suisse Romande et comme but secondaire, elle vise à rechercher des associations entre le vécu des patients et l'évaluation de l'effet thérapeutique de la CSI par les soignants.

Caractère volontaire de la participation

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous disposerez d'un délai suffisant pour faire votre choix. Vous êtes libre d'interrompre votre participation à l'étude à tout moment sans devoir vous justifier.

Déroulement de l'étude

Cette étude est constituée de deux volets. Le premier s'intéresse au vécu de la CSI par le patient et le deuxième, qui vous concerne en particulier, cherche à récolter les évaluations des soignants référents sur l'effet thérapeutique de la CSI. L'étude vous sera présentée soit par l'investigatrice principale, soit par un soignant de l'unité où vous travaillez. Ensuite, il vous sera demandé de remplir une échelle d'impression clinique globale (CGI) constituée de 7 items. Elle évalue l'amélioration totale de l'état du patient comparé à son état au début du traitement. Cela ne prendra pas plus de cinq minutes.

Bénéfices et inconvénients

Nous ne pouvons pas garantir que vous retirerez personnellement un bénéfice de votre participation à cette étude ; mais votre participation contribuera à mesurer et décrire l'impression clinique des soignants concernant l'effet thérapeutique de la CSI sur le patient dans notre institution, ce qui est un des objectifs principaux de cette recherche et ce qui pourrait, en deuxième temps amener à des réflexions cliniques autour de l'amélioration des soins en CSI. Cette étude ne comporte à priori aucun risque physique ou psychologique.

Confidentialité des données

Toutes les données personnelles recueillies lors de cette étude restent strictement confidentielles et sont soumis au secret professionnel des collaborateurs. Les données récoltées seront anonymisées et soumis à un traitement statistique dans lequel la trace des données individuelles disparaît complètement.

Personne de contact

Pour toutes questions supplémentaires concernant cette étude, veuillez contacter Dorota Drozdek :
dorota.drozdek@chuv.ch, téléphone : +41 (0) 21 643 68 28

Appendice F

Formulaire de consentement



Formulaire de consentement à l'étude :

Les chambres de soins intensifs en psychiatrie : le vécu des patients et l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignants : étude descriptive

La personne soussignée :

- Certifie avoir été dûment informée des objectifs et du déroulement de l'étude intitulée ci-dessus.
- Atteste avoir lu attentivement la feuille d'information et avoir disposé d'un temps de réflexion suffisant et déclare avoir pu poser toutes les questions qu'elle souhaitait.
- Consent à ce que les résultats de la présente recherche soient utilisés de manière anonymisée, en aucun cas, on ne pourra remonter à son identité.
- Est libre de se retirer de la recherche à n'importe quel moment sans subir aucune discrimination.
- Accepte de participer à cette étude selon les conditions précisées ci-dessus.

Lieu et date : _____

Lieu et date : _____

Signature de l'investigateur

Signature du Patient/du soignant :

Appendice G

Approbation de la Commission Cantonale d'éthique



Commission cantonale
d'éthique de la recherche
sur l'être humain
Rue César-Roux 19
1005 Lausanne

COPIE

Prof. R. Darloll
Président

Secrétariat
Tél. 021 314 5598/5631/8622
Fax 021 314 76 01
E-mail: secretariatcevd@unil.ch

Sous-Commission III
Président: Prof. F. Stiefel
Tél. 021 314 02 34
E-mail: fa.vammac.gno@chuv.ch

Prof. Jérôme Favrod
Infirmier spécialiste clinique
Service de Psychiatrie Communautaire
Professeur HES
Site de Cery
1008 Prilly

Lausanne, le 29 septembre 2011
FS/iv

Avis de la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain

Monsieur,

Après réception des réponses à nos questions du 05 septembre 2011, ainsi que des documents révisés et désignés ci-après, la CE vous fait part de son avis :

Protocole 309/11 : Les chambres de soins intensifs en psychiatrie : le vécu des patients et l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignants : étude descriptive – Travail de Master de Mme Dorota Drozdek

Investigateur responsable:

Prof. Jérôme Favrod, Infirmier spécialiste clinique, Service de Psychiatrie Communautaire, Professeur HES, Site de Cery, 1008 Prilly

Cet avis est fondé sur l'examen des documents reçus le 23 septembre 2011:

Lettre datée du 21 septembre 2011
Feuille d'information pour les patients, version modifiée du 19.09.2011
Feuille d'information pour les soignants, version modifiée du 19.09.2011
Formulaire de consentement pour les soignants, version modifiée du 19.09.2011
Formulaire de consentement pour les patients, version modifiée du 19.09.2011

Copie : Mme Dorota Drozdek, Derrière la ville 1, 1610 Vuibroye

Copie : Mme Anne-Sylvie Fontannaz, Pharmacien cantonal, Service de la santé publique
Rue Cité-Devant 11, 1014 Lausanne

N° de réf. de la CER VD 303/11 – Prof. Jérôme Favrod

Type de procédure:

- procédure ordinaire ré-évaluation procédure ordinaire CED
 procédure simplifiée Avis présidentiel Avis présidentiel CEL

La Commission arrête l'avis suivant:

- positif¹**
 avis conditionnel² (conditions à remplir avant approbation)
 Les documents révisés seront réévalués en procédure ordinaire (nombre de copies: 13)
 Révision des documents et information écrite à la Commission d'éthique (nombre de copies: 1)
 négatif³ (motivé)
 avis justifié de ne pas entrer en matière⁴

égriffe

¹ L'étude peut être soumise aux autorités fédérales compétentes (Swissmedic / OFSP / OFEPF) pour notification. L'étude peut être entreprise (s'il s'agit d'une étude non réglementée par la Loi sur les produits thérapeutiques, la Loi sur la transplantation, la Loi relative à la recherche sur les cellules souches ou l'Ordonnance sur la radioprotection).

² Les documents ou certains doivent être révisés avant soumission à la Commission d'éthique. L'étude ne peut ni débuter ni être notifiée avant d'avoir obtenu l'avis positif de la Commission d'éthique.

³ Dans sa forme actuelle, l'étude ne peut pas être mise en route.

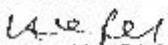
⁴ La CE n'est également pas compétente pour évaluer cette étude. Soit une autre CE est habilitée à l'évaluer, soit l'étude ne nécessite pas d'approbation par une CE.

Pour mémoire : Obligations de l'investigateur(trice)

- Devoir de signaler :
 - immédiatement tout événement indésirable grave (serious adverse events)
 - toute l'information devenant disponible au cours de l'essai et ayant des conséquences directes pour la sécurité des sujets et la poursuite de l'essai
 - toute modification du protocole
 - la fin ou l'arrêt prématuré de l'essai.
- Rapport intermédiaire : une fois par année (cf page 3).
- Notification d'essais de médicaments auprès de Swissmedic et de dispositifs médicaux auprès de l'OFSP (en cas d'étude sponsorisée, cette tâche incombe au promoteur).
- Rapport final (cf page 4).

Remarques :

- La CE atteste qu'elle accomplit son travail conformément aux recommandations ICH-GCP.
- Veuillez SVP surigner les modifications apportées au document.
- Droit de recours dans le cadre de la Commission d'éthique.
- L'avis s'applique également aux autres investigateur(trice)s mentionné(s) dans la demande d'évaluation ou travaillant dans des sites de recherche relevant du champ de compétence de la CE (doivent figurer sur une liste séparée).


 Prof. Friedrich Stiefel
 Président de la Sous-Commission III