

# **Les alternatives à l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière adulte**

**Une revue de littérature actualisée**

Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of  
Science HES-SO en soins infirmiers

Par

**Bapst Aurélie et Guillemin Alan**  
Promotion 2013-2016

Sous la direction de Dorota Drozdek

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

Le 11 juillet 2016

## **Remerciements**

Nous remercions notre directrice de Bachelor, Mme Dorota Drozdek, pour sa disponibilité et ses encouragements tout au long de ce travail de Bachelor. Nous aimerons également remercier Mme Aurélie Perritaz pour ses précieux conseils du terrain, Mme Sonia Guillemain et M. Michael Chappuis pour leurs nombreuses heures de relecture, ainsi que nos proches pour leur soutien dans les moments d'incertitude.

## Résumé

**Introduction:** L'isolement est une mesure de contrainte couramment utilisée en psychiatrie. Il est en perpétuels conflits entre les principes éthiques, la législation et les droits du patient. Un décalage entre le vécu du patient et celui du soignant lors de cette pratique se fait vivement ressentir.

**But:** Le but de cette revue de littérature actualisée est de chercher des interventions permettant de diminuer voire éviter l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière adulte.

**Méthode:** Dans cette revue de littérature, nous retenons sept articles scientifiques sur les banques de données Pubmed et Cinhal. Nos recherches sont effectuées à l'aide de combinaisons de mots clés. Des grilles d'analyse sont utilisées pour autoriser une analyse plus fine. Finalement, nos critères d'inclusion ont déterminé les articles sélectionnés.

**Résultats:** Des diverses recherches retenues, nous dégageons deux catégories: les interventions infirmières et les interventions proposées par les patients. Les interventions infirmières permettent de réduire l'isolement telles que l'empathie, le time out, la médication involontaire, le cadre décisionnel, l'environnement architectural et la chambre sensorielle.

**Conclusion:** Cette revue nous a permis de mettre en exergue le fait qu'il n'existe pas d'intervention permettant d'éviter l'isolement. Cependant, certaines d'entre elles peuvent en diminuer la prévalence.

**Mots-clés:** *Seclusion, reduce, psychiatry, nursing care, alternatives, restraint*

## Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>ii</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>Problématique</b> .....	<b>3</b>
Les mesures de contrainte .....	3
La chambre de soins intensifs .....	3
La prévalence de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière .....	5
Le décalage entre le vécu des patients et celui des soignants .....	6
Le vécu des patients .....	6
Le vécu des soignants .....	7
La législation .....	7
Les principes médico-éthiques .....	9
Question de recherche .....	10
Objectifs .....	10
<b>CADRE THÉORIQUE</b> .....	<b>12</b>
<b>Théorie / Aspects théoriques</b> .....	<b>13</b>
L'interactionnisme .....	13
Le contexte .....	13
La co-construction du sens .....	13
Le contrat communicationnel .....	13
Les quatre canaux de communication .....	14
Les principes de communication .....	14
Les attitudes rogériennes .....	14
<b>Concepts</b> .....	<b>14</b>
La crise .....	14
Les phases de la crise .....	15
Les types de crise .....	16
Interventions en situation de crise .....	16
L'immédiateté de l'intervention .....	17
La brièveté de l'intervention .....	17
La directivité de l'intervention .....	17
La position active du clinicien .....	17
Les étapes et stratégies d'intervention .....	17
Le stress .....	18
Les stratégies d'adaptation au stress .....	18
Le coping .....	19
L'advocacy .....	19
<b>MÉTHODE</b> .....	<b>21</b>

<b>Argumentation du devis</b> .....	<b>22</b>
<b>Description des étapes</b> .....	<b>22</b>
<b>Critères d'inclusion des écrits empiriques</b> .....	<b>23</b>
<b>Critères d'exclusion des écrits empiriques</b> .....	<b>23</b>
<b>Mots-clés et termes MESH</b> .....	<b>23</b>
<b>Articles retenus</b> .....	<b>24</b>
<b>Flow-chart</b> .....	<b>27</b>
<b>Moteurs de recherche</b> .....	<b>28</b>
<b>Grilles d'analyse</b> .....	<b>29</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>30</b>
<b>Les alternatives infirmières à l'utilisation de l'isolement</b> .....	<b>32</b>
Les compétences des équipes infirmières .....	32
L'empathie .....	32
Les différents protocoles .....	34
Le time out.....	34
Le cadre décisionnel .....	36
Le premier protocole .....	36
Le deuxième protocole .....	37
La médication involontaire.....	37
L'environnement .....	39
La chambre sensorielle .....	39
Les espoirs et préoccupations des soignants.....	39
L'accent mis sur les auto-soins du patient.....	40
La chambre comme sanctuaire .....	40
L'environnement architectural .....	41
<b>Suggestions d'alternatives proposées par les patients</b> .....	<b>42</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>44</b>
<b>Regard critique sur le travail de Bachelor</b> .....	<b>45</b>
<b>Discussion des résultats</b> .....	<b>46</b>
Les alternatives infirmières à l'utilisation de l'isolement.....	46
Les compétences des équipes infirmières. ....	46
L'empathie .....	46
Les différents protocoles. ....	47
Le time out.....	47
Le cadre décisionnel.....	48
La médication involontaire .....	49
L'environnement.....	50

La chambre sensorielle.....	50
L'environnement architectural.....	51
Suggestions d'alternatives proposées par les patients.....	52
<b>Réponse à la question de recherche .....</b>	<b>53</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>55</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>58</b>
<b>Déclaration d'authentification .....</b>	<b>64</b>
<b>Appendices A.....</b>	<b>65</b>
Les grilles d'analyses.....	65
<b>Appendice B.....</b>	<b>132</b>
Le cadre décisionnel .....	132

### Table des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés.....	24
Tableau 2 : Stratégie de recherche PubMed 1 .....	25
Tableau 3 : Stratégie de recherche PubMed 2 .....	26
Tableau 4 : Stratégie de recherche Cinhal.....	26

### Table des figures

Figure 1 : Flow-chart PubMed.....	27
Figure 2 : Flow-chart Cinhal .....	28

## **Introduction**

Durant nos périodes de formation pratique, nous avons eu la chance de réaliser des stages dans des services psychiatriques de type admission. La première fois que nous avons été confrontés à la mise en isolement d'un patient, nous nous sommes posé un bon nombre de questions et d'interrogations. Cette pratique nous a d'abord semblé violente, punitive et chocante. Nous avons constaté que les soignants étaient en position de force et que leur argumentation était parfois pauvre. Sur la base de ce questionnement et de cette incompréhension, nous avons eu l'envie de réaliser notre travail de Bachelor sur ce sujet. En effet, nous aimerions mieux comprendre les enjeux liés à l'isolement afin d'acquérir de meilleures connaissances pour notre future pratique professionnelle. Ces connaissances vont nous donner des outils pour informer le patient, son entourage et les futurs stagiaires qui auront sûrement le même questionnement que nous avons eu il y a quelques années.

Dans cette revue de littérature actualisée, nous exposons d'abord la problématique sous l'angle de plusieurs aspects. Puis, nous élaborons notre cadre théorique sur la base de l'interactionnisme et de certains concepts-clés. La méthodologie utilisée est définie afin de sélectionner et de retenir les articles scientifiques. Ensuite, nous exposons leurs résultats. Les recherches sont liées à notre cadre théorique et nous y apportons un regard critique. Finalement, nous concluons en donnant des recommandations pour la pratique ainsi que pour la recherche future.

## Problématique

### Les mesures de contrainte

De nos jours, les mesures de contrainte sont des pratiques couramment utilisées dans le domaine de la psychiatrie. En préambule de ce travail de Bachelor, il semble important de définir cette notion pour la bonne compréhension de cette problématique. L'Association Suisse des Sciences médicales définit la mesure de contrainte comme « toute intervention allant à l'encontre de la volonté éclairée du patient ou suscitant sa résistance, ou, si le patient n'est pas capable de communiquer, allant à l'encontre de sa volonté présumée » (ASSM, 2005, p.4). Il existe quatre types de mesures de contrainte : la contention médicamenteuse (administration de sédatifs ou hypnotiques), le traitement sous contrainte (injection de force), la contention mécanique (attaches, force physique) et l'isolement (chambre de soins intensifs). Le placement à des fins d'assistance (PLAFA ou PAFA), quant à lui, est une mesure visant à placer le patient dans un but de protection contre lui-même ou autrui. Il est instauré par un médecin habilité ou par la Justice de Paix. Le patient a droit d'y faire recours en remplissant un document.

### La chambre de soins intensifs

La chambre de soins intensifs, communément abrégée CSI ou appelée *seclusion* dans la littérature anglophone, est un espace fermé à clef de l'extérieur. Il est séparé du reste du service par une porte vitrée ou blindée. Dans certains hôpitaux psychiatriques, un sas de sécurité est présent. Ce dernier permet au patient de sortir momentanément de sa chambre afin de s'entretenir avec l'équipe médico-infirmière ou de fumer une cigarette. L'agencement est très restreint, seuls un lit, un

fauteuil et une table en mousse sont présents. Le patient peut appeler le soignant à l'aide d'une sonnette et leur communication peut être établie à travers une vitre placée sur la porte, recouverte d'un store ouvrable. L'accès aux WC et au lavabo est possible, accompagné d'un soignant. Ce dernier peut modifier la luminosité de la chambre à l'aide de stores et de l'éclairage. De plus, l'heure et la date sont affichées dans la chambre afin d'orienter le patient dans le temps. Dans certaines chambres de soins, le patient a la possibilité d'écouter de la musique. Lors de la mise en CSI, le patient se vêt d'habits spécialement conçus pour ne pas prendre feu et l'équipe soignante s'assure qu'aucun autre objet caché et dangereux n'entre dans la pièce. Une surveillance infirmière rapprochée est mise en place et protocolée. Elle consiste à évaluer l'état psychique, l'hétéro-agressivité, la capacité de discernement et l'effet de la médication.

La mise en CSI est un ordre médical réévalué ponctuellement. Dans le canton de Fribourg, la mise en CSI contre le gré du patient requiert un PAFA dans les 24h. Dans la situation où la mise en CSI dépasse les 72h, son indication est réévaluée par deux experts externes à la prise en charge. Cet espace clos est réservé aux patients en crise qui, dans des situations de stress ou d'anxiété, ont épuisé leurs mécanismes d'adaptation. La CSI est un lieu qui leur permet de se protéger de toute auto ou hétéro-agressivité. Elle permet également de réduire les stimuli propres à l'environnement du service.

Les indications à la chambre de soins intensifs sont essentiellement la prévention d'un risque d'auto ou d'hétéro-agressivité et la demande du patient. Selon Baratta et Morali (2010), les contre-indications sont les instabilités médicales, que ce soit psychiatriques ou somatiques telles que « insuffisance cardiaque, état infectieux, trouble de la thermorégulation, trouble métabolique, atteinte orthopédique, atteinte neurologique, prise de drogue, prise d'alcool, surdosage médicamenteux » (p.87).

Toutefois, ces contre-indications doivent être adaptées au cas par cas. De plus, la CSI est choisie en dernier recours, après que toutes les autres alternatives aient été mise en place et qu'elles aient échoué. Une réévaluation fréquente de la mise en CSI s'avère nécessaire afin de la lever le plus tôt possible et que son objectif reste thérapeutique.

### **La prévalence de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière**

La prévalence varie d'un pays à l'autre. Ces chiffres que nous exposons ici sont à prendre avec prudence car l'isolement est malheureusement peu recensé dans les pays occidentaux avec des critères communs. Un certain nombre de facteurs influencent l'épidémiologie tels que la législation, les protocoles d'utilisation, l'architecture du service, le nombre de personnes spécialisés en psychiatrie ou non ainsi que la culture de l'établissement (Palazzolo, 2002). Les pourcentages varient également selon les troubles psychiatriques. Toutefois, dans toute institution, la contention est utilisée.

Une étude réalisée en 2004 dans 10 hôpitaux psychiatriques allemands démontre que 9.5% des 36'690 personnes hospitalisées cette année-là ont été exposés à des mesures d'isolement. [Traduction libre] (Steinert & al., 2006, p.144) Certaines pathologies semblent plus associées à l'usage de contraintes et d'isolement, notamment les troubles de la personnalité, un retard mental, la schizophrénie et la consommation de substances. Vingt-huit pour cent des patients mis en CSI ont été diagnostiqués d'un trouble mental organique. Des études finlandaise et allemande vont dans le même sens et démontrent que les patients atteints de schizophrénie sont plus susceptibles d'être mis en isolement ou d'user de mesures de contrainte. [Traduction libre] (Keski-Valkama et al, 2009 ; Martin,

Bernhardsgrütter, Goebel et Steinert 2008) Selon une étude grecque, les patients admis volontairement ont un risque moins élevé d'être placés en isolement. [Traduction libre] (Bilanakis, Kalampokis, Christou & Peritogiannis, 2010, p.407)

### **Le décalage entre le vécu des patients et celui des soignants**

Force est de constater qu'il y a un important décalage entre le vécu des patients et celui des soignants. Dans une étude australienne regroupant 29 participants et 60 infirmières, un seul patient contre 36 infirmières croient que l'isolement est bénéfique. Concernant le sentiment qu'éprouvent les infirmières lorsqu'elles doivent mettre un patient en isolement, une sur deux réfute le sentiment de pouvoir sur le patient. De plus, 44 infirmières disent ne pas éprouver un sentiment de satisfaction ou de culpabilité. Cependant, 25 patients perçoivent un sentiment de pouvoir et de satisfaction chez les infirmières. [Traduction libre] (Meehan, Bergen & Fjeldsoe, 2004, p.36)

**Le vécu des patients.** La majorité des patients vivent le placement en CSI comme traumatisant. Ils décrivent une expérience négative en termes d'anxiété et de sentiment de punition. [Traduction libre] (Meehan & al., 2004, p.34) Ce vécu négatif aurait également une incidence sur la durée d'hospitalisation et notamment sur une augmentation marquée du séjour (Cano & al., 2011, p.5). De plus, les mesures de contrainte vont parfois à l'encontre des droits du patient. L'étude française de Cano et al. (2011), auprès de 30 patients, démontre bien ce phénomène. En effet, 22 patients expriment avoir eu peu d'informations et ne pas avoir pu en bénéficier lors de leur placement en isolement. Ils estiment que le motif de la mise en CSI n'était pas clair lors de leur prise en charge : « rien, je ne comprends pas », « pas d'explication claire » et « à l'hôpital, on fait ce qu'on veut de

vous » (p.7). Le confort des chambres d'isolement semble également rudimentaire. Un quart des patients ont décrit la chambre d'isolement en termes de « non vivable ». Un état de « saleté » et de « dégradation » a été relevé permettant d'associer la CSI à un « cachot » ou une « prison ». Le manque d'accès au lavabo et aux toilettes a également été mentionné (p.7). Finalement, dans son étude, Drozdek (2012) a évalué le vécu subjectif des patients en termes de pénibilité lors de la mise CSI. Les facteurs les plus significatifs sont la contrainte appliquée, l'humiliation et la séparation avec les soignants (p.58).

**Le vécu des soignants.** Les soignants, quant à eux, voient le placement en CSI comme un objectif thérapeutique permettant de contrôler et réduire les stimulations, un objectif sécuritaire et non punitif (Bardet Blochet, 2009, p.6). Les infirmières s'accordent à dire que la CSI permet au patient d'échapper à la tension présente dans le service et donc de bénéficier de calme et de sécurité. [Traduction libre] (Meehan & al, 2004, p.36) Quant à la question du manque de personnel soignant, peu d'études font état de cette problématique alors que la mise en CSI nécessite une évaluation infirmière rigoureuse, une surveillance rapprochée et de nombreux soins (Bardet Blochet, 2009, p.9). Un ratio soignant/soigné de 1/1 semble donc inévitable pour de telles situations. De plus, l'alliance thérapeutique est le moteur de la relation en psychiatrie. Celle-ci peut être mise à mal lors du placement en CSI (Bardet Blochet, 2009 ; Friard, 1998).

### **La législation**

Actuellement, il existe une loi fédérale régissant les mesures de contrainte en Suisse. Selon l'art. 383 du code civil suisse du 10 décembre 1907 (= CC ; RS 220)

concernant l'utilisation des mesures de contrainte dans les établissements médico-sociaux, il est stipulé que :

L'institution peut restreindre la liberté de mouvement d'une personne incapable de discernement que si des mesures moins rigoureuses ont échoué ou apparaissent a priori insuffisantes et que cette restriction vise à prévenir un grave danger menaçant la vie ou l'intégrité corporelle de la personne concernée ou d'un tiers ou à faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire (p.109).

De plus, la personne concernée a le droit d'être informée « de la nature de la mesure, de ses raisons, de sa durée probable ainsi que du nom de la personne qui prendra soin d'elle durant cette période » (art. 383 CC, p.109). Cette décision est protocolée (art. 384 CC, p.110). De plus, le code civil suisse (art. 435) fait référence aux cas d'urgence en stipulant que : « les soins médicaux indispensables peuvent être administrés immédiatement si la protection de la personne concernée ou celle d'autrui l'exige. Lorsque l'institution sait comment la personne entend être traitée, elle prend en considération sa volonté » (p.123). Ceci sous-tend l'anticipation de la rédaction de directives anticipées. Plus spécifiquement pour le canton de Fribourg, l'art. 53 de la loi sur la santé du 16 novembre 1999 (= Lsan ; RS 821.0.1) mentionne les mêmes données que le code civil suisse en rajoutant que « par principe, toute mesure de contrainte est interdite, sauf à titre exceptionnel » (p.16). De plus, le droit des patients est un élément important à prendre en compte lors d'applications de mesures de contrainte. Malgré les textes de loi en vigueur et les protocoles institutionnels, le ressenti du personnel soignant, tel que la peur ou la colère, influence grandement la prise de décision en matière d'isolement en psychiatrie (Bardet Blochet, 2009 ; Holmes, Perron & Guimond, 2007).

## **Les principes médico-éthiques**

Les mesures de contrainte se retrouvent parfois en conflits avec les principes médico-éthiques. En effet, elles sont jugées comme une entrave majeure à la liberté car les droits du patient ne sont pas toujours respectés. Cependant, les mesures de contrainte sont utilisées afin de porter assistance ou protection au patient (Bardet Blochet, 2009, p.5). Il n'est pas toujours évident de concilier bienfaisance avec autonomie et consentement libre et éclairé du patient (ASSM, 2005 ; Bardet Blochet, 2009). Le principe de bienfaisance n'est parfois pas respecté, notamment lorsque le soignant place le patient en CSI pour sa protection alors que ce dernier vit cela comme traumatisant. De plus, dans l'étude de Cano et al. (2011), la majorité des soignants étaient présents physiquement lors de l'isolement. Cependant, certains « ne venaient qu'au repas », « ne restaient pas longtemps » ou « ne venaient pas quand le patient les appelait » (p.7). Selon Larue, Dumais, Ahern, Bernheim et Mailhot (2009), une explication concernant le fait de ne pas entrer dans la CSI serait « la surcharge de travail, le comportement du patient, la diminution des stimuli et ne pas vouloir déranger la sécurité aux demi-heures pour une évaluation » (p.19). Dans l'étude de Cano et al. (2011), le principe de non malfaisance n'est pas toujours respecté. Dix d'entre eux ont mentionné la violence et dix-huit ont relaté « un vécu de dévalorisation », « d'abus de pouvoir » et « d'une privation de liberté » (p.8). De plus, dans certains cas, il est difficile d'honorer le principe d'autonomie notamment lorsque le patient est incapable de discernement. Selon Larue et al. (2009), les infirmières s'accordent à dire qu'elles respectent le consentement du patient lors de l'isolement et que ce dernier a consenti lorsqu'il a collaboré ou que son attitude s'est révélée passive (p.17). Seul le principe de justice semble être respecté lorsqu'on l'associe au principe de proportionnalité (ASSM, 2005, p.7). Finalement, selon le droit des patients, des directives anticipées peuvent être

rédigées et un représentant thérapeutique peut être nommé. Lorsque le patient est incapable de discernement, il maintient ainsi son autonomie dans une période de crise. Dans la pratique et la littérature, cet agissement est encore peu représenté. En effet, dans la loi, le médecin n'est pas obligé de respecter les directives anticipées. Cependant, pour les patients, elles constituent une preuve qu'ils seront pris en soins avec dignité. De plus, les directives anticipées permettent de diminuer le taux de réhospitalisation, d'où l'importance de les effectuer en fin d'hospitalisation ou dans les structures secondaires à l'hôpital (Maître & al., 2013, p.244).

Pour conclure ce chapitre, il n'existe actuellement pas de preuve probante sur l'efficacité de l'isolement. [Traduction libre] (Sailas & Fenton, 2000, p.7) Selon Meehan et al. (2004), six patients sur vingt-neuf et une seule infirmière seraient en faveur de l'abolition de l'isolement. [Traduction libre] (p.36) Cependant, les patients ne semblent pas percevoir la CSI comme étant un endroit de soins. Au contraire, ils pensent que d'autres alternatives à l'isolement seraient plus efficaces (Bardet Blochet, 2009, p.9).

### **Question de recherche**

En regard de la problématique qui précède et en approfondissant la réflexion, la question de recherche suivante peut être formulée : *Quelles sont les interventions qui permettent de diminuer voire d'éviter l'utilisation des CSI pour des patients hospitalisés en psychiatrie adulte?*

### **Objectifs**

L'objectif de cette revue de littérature actualisée est de rechercher des réponses à notre question de recherche citée ci-dessus au niveau international. De plus, elle

permet de trouver des réponses qui se basent sur les propositions des patients qui ont été en CSI. Nous recherchons également le rôle infirmier dans cette démarche de recherche d'alternatives. L'objectif final étant de synthétiser les alternatives proposées à l'isolement sous différents angles : patients, soignants, environnement et protocoles.

## **Cadre théorique**

## **Théorie / Aspects théoriques**

### **L'interactionnisme**

Selon Fornerod (2007), l'interactionnisme est « un courant de pensée qui définit la relation comme la rencontre de deux subjectivités (intersubjectivité), dans un contexte donné, qui communiquent sur un objet d'interaction commun » (p.1).

Toujours d'après Fornerod (2007), les principes de la communication interactionniste sont les suivants : le contexte, la co-construction du sens, le contrat communicationnel, les quatre canaux de communication, les principes de communication et les attitudes rogériennes.

**Le contexte.** Le contexte est l'environnement dans lequel a lieu l'interaction. Il est inscrit dans l'espace et le temps et est régi par des normes, règles, modèles et rituels. Toute personne est prise en compte à part entière en incluant son statut et son rôle (Fornerod, 2007).

**La co-construction du sens.** Les actants, qu'ils soient locuteur ou auditeur, envoient des messages qui permettent d'aboutir à une construction commune du sens. Le contexte, la personnalité des actants, leurs cultures et les milieux sociaux ont une incidence sur cette construction (Fornerod, 2007).

**Le contrat communicationnel.** Le contrat communicationnel est une notion importante car, selon Fornerod (2007), « recevoir une communication, c'est d'abord en rechercher l'intention » (p.3). Il est essentiel qu'une coopération se fasse entre les actants afin que l'échange d'informations soit efficace. Cette coopération se base sur quatre règles fondamentales: la quantité, la qualité, la relation et la modalité.

**Les quatre canaux de communication.** La communication humaine est régie par quatre canaux tels que

Les distances entre les interactants (la proxémie : distance intime, personnelle, sociale, publique, rapprochée, éloignée, etc.), les signaux non-verbaux (apparence, postures, gestes, regards, mimiques et autres mouvements corporels, etc), les éléments para-verbaux (hauteur et intensité de la voix, débit et rythme des paroles, silences, etc.) et le canal langagier (deux axes : registres sémantique et syntaxique) (Fornerod, 2007, p.2).

**Les principes de communication.** Les principes reposent sur plusieurs notions. Tout d'abord, l'énonciation à la première personne qui permet de prendre position par rapport à l'autre et d'ainsi faire valoir sa propre identité. Ensuite, le principe de métacommunication repose sur la manière dont le locuteur s'assure que le receveur a compris le message qu'il a voulu lui faire passer. Finalement, le principe de pertinence sous-tend que l'information doit être précise et concise (Fornerod, 2007).

**Les attitudes rogériennes.** Rogers définit des attitudes fondamentales que le soignant doit avoir pour favoriser la relation d'aide et la bonne communication. Ce sont l'empathie, l'écoute active, la présence, le respect chaleureux, la congruence, l'authenticité et l'acceptation positive inconditionnelle.

## Concepts

En regard de la théorie sur l'interactionnisme, il paraît important d'établir et de définir certains concepts-clés complémentaires qui nous permettront d'analyser les résultats de notre revue de littérature étoffée.

### La crise

Selon Caplan, la crise se définit comme étant « un déséquilibre psychologique chez un sujet vivant une situation difficile ou dangereuse, laquelle lui pose un

problème important qu'il ne peut régler ni éviter au moyen des ressources habituelles de résolution de problèmes » (1964, cité dans Auderset, 2010, p.5). La crise est un événement aigu qui apparaît chez chaque individu au cours de sa vie et n'est pas spécifiquement associée à une psychopathologie. La crise est issue d'événement précis et nommable. Elle a un aspect personnel, elle peut être vécue et perçue par deux individus de manière totalement opposée. Si la crise est résolue positivement, elle permet un apprentissage personnel. Dans le cas contraire, elle conduit à une péjoration psychologique.

**Les phases de la crise.** Caplan propose 4 phases précises que suit l'individu lorsqu'il est confronté à un épisode stressant :

- Phase 1 : L'individu est confronté à un événement stressant, accroissement de l'anxiété et activation des mécanismes de résolution de problèmes classiques.
- Phase 2 : Les mécanismes de résolution de problèmes classiques ne diminuent pas le stress et l'anxiété continue d'augmenter. Les stratégies d'adaptation à un événement stressant ne permettent plus au sujet de retrouver un état d'apaisement comme auparavant. L'individu commence à ressentir des sentiments d'incertitude, d'incapacité et de déstructuration.
- Phase 3 : L'individu rassemble toutes les ressources internes et externes afin de résoudre le problème. Le sujet aborde l'obstacle de manière différente et met en place de nouveaux mécanismes de résolution de problème. S'ils sont suffisamment efficaces, ils permettent de résoudre la difficulté à ce stade. Dans le cas échéant, l'individu en crise atteint un seuil de fonctionnement supérieur.

- Phase 4 : La crise n'a pu être résolue malgré les différents mécanismes de résolution de problème. Comme le dit Caplan (1946), l'individu atteint un seuil de rupture et les aboutissements en sont désastreux. L'anxiété est à son paroxysme, elle se transforme en panique.

**Les types de crise.** Il existe deux types de crise différents : les crises situationnelles (ou intratemporelles) ou les crises maturationnelles (ou intertemporelles).

Les crises situationnelles sont relatives à une situation particulière de la vie de tous les jours mettant l'individu dans une position de stress et d'anxiété. Baldwin les définit comme « des crises émotives précipitées par une situation ou un ensemble de situations stressantes très chargées émotivement, et qui n'avaient pas été prévues » (1977, cité dans Lecomte & Lefebvre, 1986, p.123). Par exemple, perte d'un emploi, décès d'un proche, divorce, etc.

Les crises maturationnelles sont relatives à des crises propres au développement de l'individu sur la base des théories d'Erikson et/ou de Levinson. Selon Aguilera et Messick, c'est « un processus normal de la croissance et du développement qui se déroule sur une longue période de temps et exige de l'individu plusieurs changements caractérogiques » (1976, cité dans Lecomte & Lefebvre, 1986, p.123). Par exemple, crise du mitan, crise du nid vide, mariage, etc.

**Interventions en situation de crise.** Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) définissent la crise selon sa nature psychosociale, psychopathologique ou psychotraumatique. Ces genres de crises, aussi différentes qu'elles soient, nécessitent cependant des interventions dont les caractéristiques sont les mêmes : « intervention immédiate, brève, directe et, conséquemment, une position active de la part du clinicien » (p.32).

**L'immédiateté de l'intervention.** Les patients en situation de crise ont parfois des comportements à risque (consommation abusive d'alcool ou de substances illicites, violence, suicide, etc.). Il est donc nécessaire de donner une notion d'immédiateté à l'intervention afin de mettre en sécurité le patient. Le lieu de l'intervention varie et sort parfois du contexte cadrant et rassurant de l'hôpital.

**La brièveté de l'intervention.** La notion de brièveté demande au soignant d'intervenir rapidement en aidant le patient. Le professionnel de la santé prend le contrôle de la situation de crise dans une courte durée. Le soignant doit convaincre le patient qu'il a les capacités de résoudre la situation.

**La directivité de l'intervention.** Etant donné le risque accru d'un passage à l'acte, le soignant doit créer rapidement un lien de confiance avec le patient afin qu'il puisse livrer ses émotions dans un environnement d'accueil et d'acceptation. Ceci représente la directivité de l'intervention.

**La position active du clinicien.** La position du soignant est active. En effet, c'est lui qui favorise le lien de confiance. Il doit se montrer convaincant quant à son rôle positif d'aidant. De plus, il doit bénéficier de compétences telles que l'empathie, l'écoute active, etc.

**Les étapes et stratégies d'intervention.** Toujours selon Séguin et al. (2012),

Le clinicien est généralement occupé par trois grandes activités, qu'il mène simultanément du début à la fin de l'entretien : 1) la création d'un lien de confiance qui doit être maintenu tout au long de l'entretien afin de soutenir l'engagement du client dans la démarche d'intervention de crise ; 2) le recueil de données, lequel permet d'effectuer une évaluation clinique ; et enfin 3) le choix des meilleures interventions à proposer au client, basé sur l'évaluation que fait le clinicien, celui-ci mettant en action ses interventions et s'assurant de l'engagement continu de la personne dans le traitement (p.39-40).

## **Le stress**

Selon Selye (1998), le stress est « une réponse de l'organisme aux facteurs d'agression physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation ». [Traduction libre] (p.230) Le but étant de maintenir l'homéostasie au sein de l'organisme. Dans sa théorie sur le syndrome général d'adaptation au stress, Selye définit 3 phases : la phase d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement (Townsend, 2010, p.5).

- La phase d'alarme : elle dure entre 24 et 48h. Lorsque l'organisme fait face à un événement stressant, de l'adrénaline et de la noradrénaline sont sécrétées. Le système nerveux sympathique est alors activé et induit une augmentation de la fréquence cardiaque, du pouls, de la tension artérielle, de la glycémie et une dilatation des pupilles. A ce stade, l'individu choisit entre la fuite ou l'attaque.
- La phase de résistance : l'organisme s'adapte aux dépenses énergétiques et libère de la cortisone et de l'aldostérone.
- La phase d'épuisement : l'événement stressant continue et s'intensifie. L'organisme libère encore plus d'hormones pour s'adapter, mais le système nerveux n'arrive plus à en réguler la sécrétion. L'organisme s'épuise. Une augmentation des infections, un burn out ou une dépression sont possibles.

**Les stratégies d'adaptation au stress.** Townsend (2010, p.10) propose des stratégies d'adaptation au stress, notamment la prise de conscience, la relaxation, la méditation, la résolution de problèmes et la musique.

## **Le coping**

Quelques années plus tard, Lazarus et Folkman (1984), ont suggéré l'approche transactionnelle du stress. Ils définissent le coping comme étant « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». [Traduction libre] (p. 141) En d'autres termes, le coping regroupe toutes les attitudes et méthodes utilisées par l'individu pour faire face (« to cope ») à un événement stressant, en transformant le problème et en contrôlant les émotions.

Le coping centré sur le problème : il implique deux éléments distincts tels que la résolution du problème et l'affrontement de la situation (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.71).

Le coping centré sur les émotions : il a pour but de gérer les émotions induites par la situation en utilisant par exemple la minimisation de la menace, l'évitement, l'auto-accusation, la réévaluation positive, etc. (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.71-72).

La recherche de soutien social : elle implique la mobilisation du réseau social par l'individu dans le but de demander de l'aide.

## **L'advocacy**

Selon Phaneuf (2013), l'advocacy est

Une réaction de défense en faveur du malade quand la soignante constate la pauvreté des soins dispensés dans un contexte sanitaire donné, lorsqu'elle se rend compte que les droits d'un client ont été brimés, que sa dignité n'a pas été respectée, que ses besoins essentiels n'ont pas été satisfaits, que son bien-être ou ses intérêts doivent être protégés et qu'elle en fait part aux autorités concernées (p.1).

Le principe d'advocacy est un plaidoyer permettant de faire valoir les intérêts et le bien-être du patient. Dans la pratique professionnelle et surtout en milieu psychiatrique, les informations et droits des patients sont parfois masqués. De plus, peu d'infirmier-ères ont ce rôle de défenseur des droits du patient.

## **Méthode**

Dans ce chapitre, nous présentons la méthodologie utilisée pour réaliser ce travail de Bachelor. Dans un premier temps, nous argumentons le choix du devis de recherche, puis décrivons les différentes étapes de réalisation de la recherche. Les articles seront sélectionnés et retenus à l'aide de termes MESH et de critères d'inclusion et d'exclusion. L'extraction des données se fera à l'aide de deux grilles d'analyse, préalablement présentées.

### **Argumentation du devis**

La revue de littérature actualisée est une méthode intéressante pour des chercheurs débutants. En effet, elle permet de recenser les écrits et articles scientifiques déjà publiés en évaluant leur qualité et leur pertinence dans le but de faire un compte rendu de l'état des connaissances des huit dernières années. Par la suite, ces résultats sont analysés, synthétisés puis interprétés selon un cadre théorique afin d'en déterminer l'application pour la pratique infirmière et d'ouvrir sur de nouvelles perspectives.

### **Description des étapes**

Dans un premier temps, nous avons eu la possibilité de faire une sélection de trois sujets qui nous tenaient à cœur. Nous avons eu l'opportunité de traiter le sujet de Bachelor thesis qui nous intéressait le plus. Puis, nous avons rencontré notre directrice de Bachelor et nous lui avons fait une proposition de question de recherche. Ensuite, nous nous sommes attardés sur la recherche documentaire en élaborant une liste de termes MESH à l'aide d'« Inserm ». Nous avons navigué sur les bases de données telles que PubMed, Cinhal et le Consortium rassemblant une grande quantité d'articles scientifiques. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis afin de ne sélectionner uniquement des articles probants et pertinents. Une

lecture critique des articles a été effectuée avec comme support des grilles d'analyse d'articles quantitatifs et qualitatifs (Loiselle, 2007). Les recherches sont résumées en français et référencées. Les résultats sont présentés et ouvrent sur une discussion à l'aide du cadre de référence.

### **Critères d'inclusion des écrits empiriques**

Les critères d'inclusion suivants nous permettent de réduire et ainsi de mieux cibler les articles traités dans ce travail de Bachelor :

- Période : 2009 à 2016
- Langues : français et anglais
- Critères méthodologiques : devis quantitatif, qualitatif et mixte
- PICO :
  - Population : adulte de 18 à 65 ans
  - Interventions : alternatives à l'utilisation de l'isolement
  - Contexte : psychiatrie hospitalière
  - Outcome : éviter l'utilisation des CSI

### **Critères d'exclusion des écrits empiriques**

Les critères d'exclusion pris en compte dans nos recherches d'articles sont les suivants :

- Période : < 2009
- Toutes langues exceptées le français et l'anglais
- Population : enfants et personnes âgées

### **Mots-clés et termes MESH**

Nous nous sommes vite rendu compte que nos mots MESH préalablement définis restreignaient nos recherches et nous ne parvenions pas à trouver des

articles probants sur notre thématique. Des mots clés ont donc été définis et associés afin d'élargir nos recherches. Ces mots clés sont les suivants :

<b>Anglais</b>	<b>Français</b>
Seclusion	Isolement
Reduce	Réduire
Psychiatry	Psychiatrie
Nursing care	Soins infirmiers
Alternatives	Alternatives
Restraint	Contention

*Tableau 1 : Mots-clés*

### **Articles retenus**

Les stratégies de recherche d'articles scientifiques sont présentées ci-dessous :

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Texte en intégralité Publié entre 2009 et 2016
<b>Mots clés</b>	Reduce – Seclusion – Psychiatry – Nursing care
<b>Résultats</b>	11 articles en date du 11 mai 2016
<b>Articles sélectionnés :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Björkdahl, A., Perseius, K.-I., Samuelsson, M. &amp; Hedlund Lindberg, M.</li> </ul>	

(2015). Sensory rooms in psychiatric inpatient care: staff experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 52(9), 1-8.

- Van der Schaaf, P.S., Dusseldorp, E., Keuning, F.M., Janssen, W.A & Noorthoorn, E.O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 142-149.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. & Välimäki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16-24.
- Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E. & Stewart, D. (2012). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of advanced nursing*, 68(4) 826-835.

Tableau 2 : Stratégie de recherche PubMed 1

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Texte en intégralité Publié entre 2009 et 2016
<b>Mots clés</b>	Alternative – Seclusion – Restraint – Psychiatry
<b>Résultats</b>	8 articles en date du 11 mai 2016
<b>Articles sélectionnés :</b>	

- Georgieva, I., Mulder, C.L. & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 48-53.

Tableau 3 : Stratégie de recherche PubMed 2

<b>Banque de données</b>	CINAHL
<b>Technique</b>	Mot mesh  Publié entre 2009 et 2016
<b>Mots clés</b>	[Reduce seclusion restraint] AND [Nursing care]
<b>Résultats</b>	6 articles en date du 11 mai 2016
<b>Articles sélectionnés :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yang, C.-P. P., Hargreaves, W.A. &amp; Bostrom, A. (2014). Association of Empathy of Nursing Staff With Reducation of Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Care. <i>Psychiatric Services</i>, 65(2), 251-254.</li> <li>• Hyde, S., Fulbrook, P., Fenton, K. &amp; Kilshaw, M. (2009). A clinical improvement project to develop and implement a decision-making framework for the use of seclusion. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 18(6), 398-408.</li> </ul>	

Tableau 4 : Stratégie de recherche Cinhal

### Flow-chart

Nous avons utilisé le flow-chart pour notre processus de recherche d'articles scientifiques. Ce dernier permet de représenter via un graphique les différentes étapes de sélection d'articles. Nous en utilisons deux, le premier pour la base de données PubMed et le second pour Cinhal.

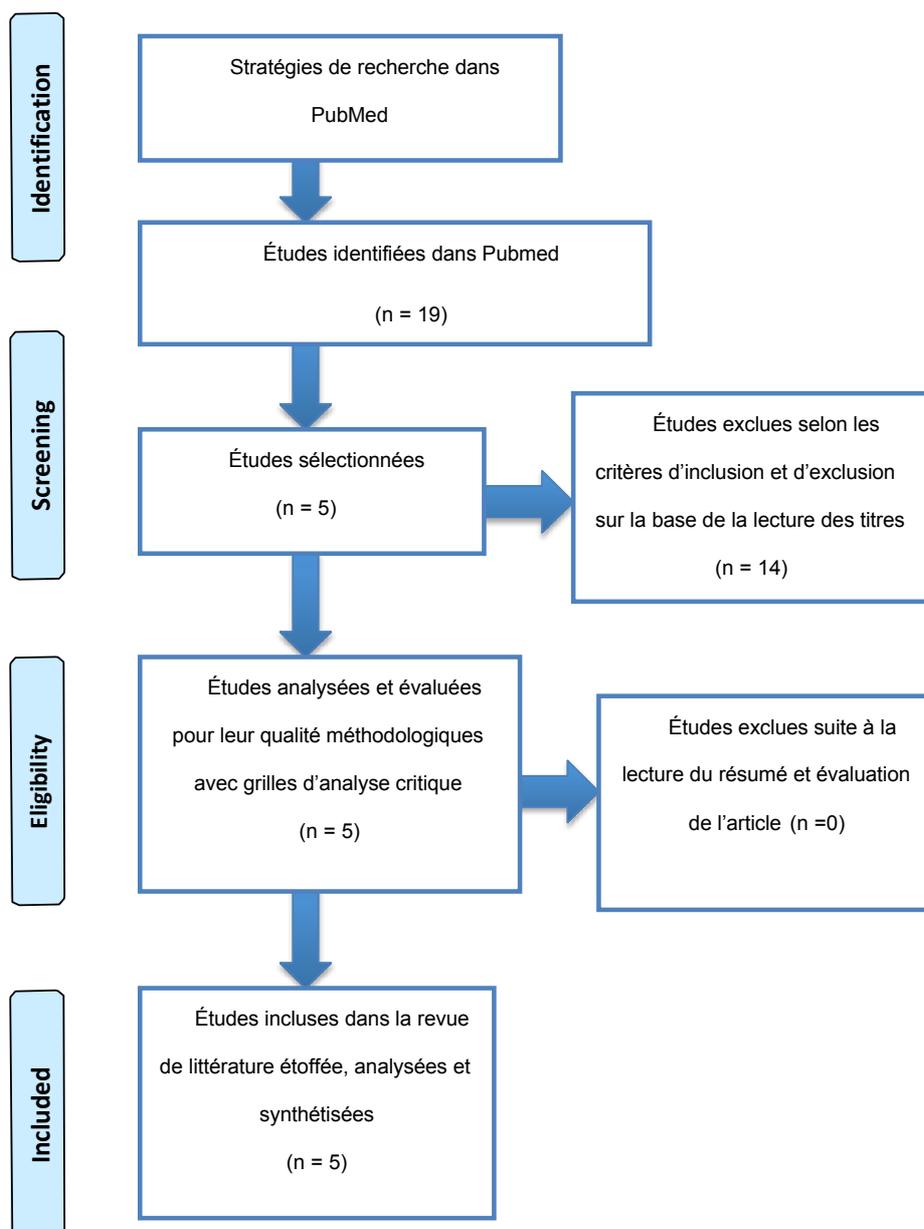


Figure 1 : Flow-chart PubMed

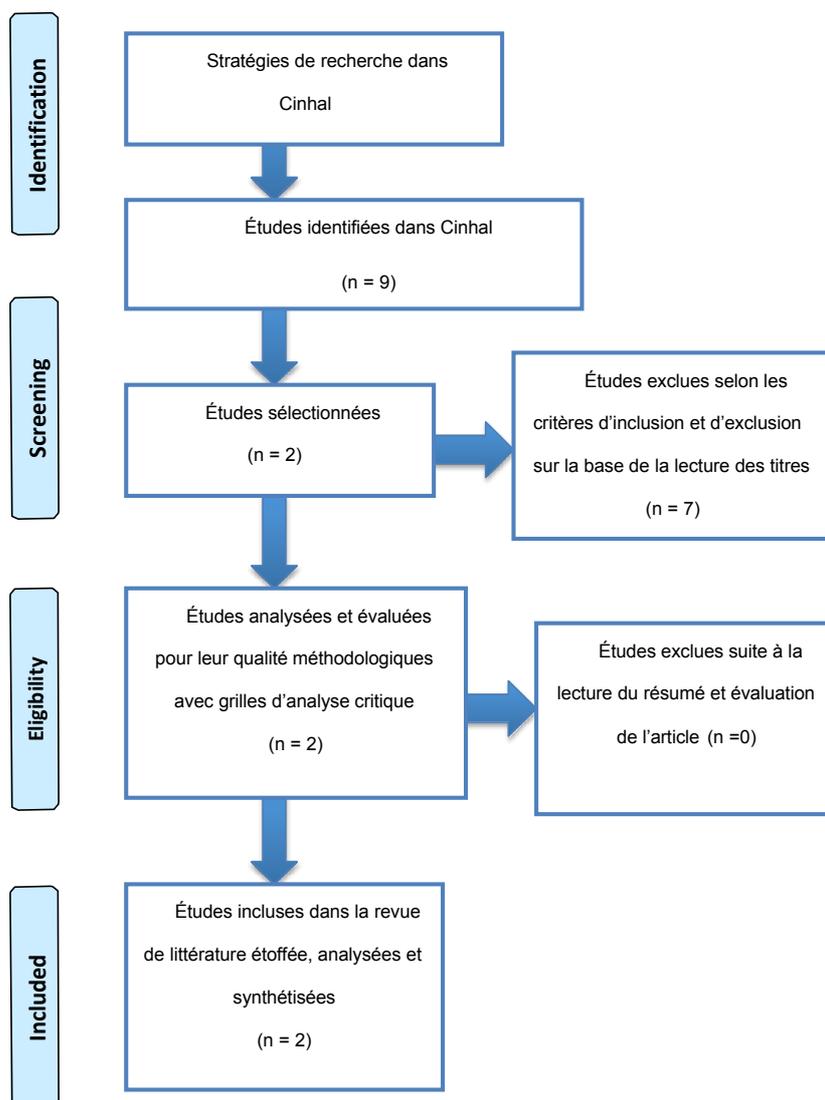


Figure 2 : Flow Chart de revue de la littérature.

Source : Prisma, 2009

Figure 2 : Flow-chart Cinhal

### Moteurs de recherche

Pour cette revue de littérature actualisée, nous avons débuté nos recherches sur la base de données du Consortium santé. Nous avons également effectué des recherches à l'aide du moteur de recherche « Pubmed » et « Cinhal ». Afin d'obtenir

des articles en texte intégral, nous avons consulté le moteur de recherche « Google ».

### **Grilles d'analyse**

Pour l'extraction des données des sept articles retenus, nous utilisons quatre grilles d'analyse de lecture d'articles scientifiques de Loiseau (2007). Pour l'approche qualitative, une grille permettra de définir le contenu de l'article, l'autre d'en réaliser une lecture critique. Nous utiliserons ces deux mêmes types de grilles pour l'approche quantitative. Les grilles sont répertoriées à la fin de notre travail de Bachelor (Appendice A).

## Résultats

Pour ce chapitre traitant des résultats, 28 articles scientifiques sont d'abord identifiés sur des bases de données telles que PudMed ou Cinhal. Sept d'entre eux sont retenus selon des critères d'inclusion et d'exclusion. En effet, ils sont écrits en anglais car les moteurs de recherche sont anglophones. Une revue de littérature traitant de notre question a été réalisé, nous nous sommes donc restreints à des articles plus récents, tous sont postérieurs à 2009. Les résultats de notre travail de Bachelor ne sont donc pas exhaustifs mais d'actualité. La population cible est également respectée. Nous décidons d'accepter tous les devis car la littérature scientifique de notre sujet est pauvre. Finalement, les articles sont analysés à l'aide de grilles pour en apprécier leur qualité. Parmi ces articles, il y a des devis d'étude quantitatifs (n=4) et qualitatifs (n=3). Un seul article est un essai contrôlé randomisé. Les autres (n=6) ont des niveaux de preuves relativement faibles. Ceci est une limite de notre travail de Bachelor.

L'échantillon total est difficilement définissable car tous les articles ne mentionnent pas leur échantillon. En outre, les données en notre possession sont : 15'906 patients, 126 soignants et 1'098 équipes infirmières (tranches horaires). Les patients sont tous recrutés dans des services psychiatriques aigus. Les études proviennent de plusieurs pays. Ces données prouvent que c'est un sujet d'actualité internationale dans le domaine de la psychiatrie. La majorité des études (n=5) est approuvée par un comité d'éthique.

A la suite de l'analyse critique des sept articles, deux catégories et trois sous-catégories ont été définies afin de classer nos résultats. La première catégorie concerne les alternatives infirmières à l'utilisation de l'isolement. Elle est composée de trois sous-catégories : les compétences des équipes infirmières, les différents protocoles et l'environnement. La deuxième catégorie concerne les alternatives à l'utilisation de l'isolement proposées par les patients.

### **Les alternatives infirmières à l'utilisation de l'isolement**

Dans ce chapitre, nous proposons des alternatives infirmières à l'utilisation de l'isolement. Pour commencer, nous prenons conscience de l'importance des compétences infirmières dans la relation thérapeutique. Puis, nous proposons trois différents protocoles tels que le time out, le cadre décisionnel et la médication involontaire. Par protocoles, nous entendons un cadre strict permettant de prendre des décisions standardisées en matière d'isolement. Finalement, certaines études ont largement prouvé les effets positifs d'un environnement sécuritaire et propice au bien-être.

### **Les compétences des équipes infirmières**

**L'empathie.** Une étude américaine (Yang, Hargreaves & Bostrom, 2014) avec un devis quantitatif traite de l'empathie des équipes soignantes. Elle émet l'hypothèse qu'un personnel soignant ayant de l'empathie permettrait de réduire significativement l'utilisation de l'isolement et des mesures de contrainte.  
[Traduction libre]

L'étude s'est déroulée dans l'unité asiatique d'un hôpital psychiatrique aigu du San Francisco General Hospital. Cependant, il arrive que des patients d'autres nationalités soient hospitalisés dans cette unité en raison d'un taux important d'occupation dans les autres unités. Lors de cette étude, 60% des participants étaient d'origine asiatique. Ceci limite donc la généralisation des résultats. Mille nonante-huit équipes infirmières, pour une période de deux fois six mois avec un an d'intervalle, ont participé à cette étude. Des analyses hiérarchiques ont été utilisées afin de quantifier les effets de changements d'équipes (jour, soir, nuit), les caractéristiques des patients et les compétences et motivations des équipes

infirmières à utiliser l'empathie. De plus, une évaluation de l'empathie sur une échelle allant de 1 à 5 a été conduite. En effet, l'infirmière cheffe, trois autres infirmières et un psychiatre ont évalué chaque membre de l'équipe soignante en termes d'empathie. Les chercheurs se sont également posé la question de savoir si l'entraînement de l'empathie des équipes soignantes pouvait réduire la fréquence de l'utilisation de l'isolement et des mesures de contrainte.

Durant cette étude, 79 nouveaux cas d'isolement ont été comptabilisés dont 21 de jour, 53 de soir et 5 de nuit. En effet, les jours de semaine et les équipes de nuit ont des pourcentages similairement bas ( $OR=0.99$ ,  $p=.98$ ). Cependant, les équipes du soir, des jours de week-end et des jours de vacances sont plus susceptibles d'avoir de nouveaux cas d'isolement ou de mesures de contrainte ( $OR=2.18$ ,  $p<.01$ ). Ces résultats sont similaires à ceux de l'échelle d'empathie. En effet, les soignants ont un taux d'empathie plus élevé le jour (3.77) et la nuit (3.95) contrairement au soir (3.65). A savoir qu'un taux d'empathie se situant entre 3.72 et 5 signifie que le soignant a de bonnes compétences et motivations en terme d'empathie lorsqu'il est en présence d'un patient. De plus, les patients qui ont été isolés ou ayant subi d'autres mesures de contrainte dans le service par l'équipe infirmière actuelle (que ce soit l'équipe du jour, du soir ou de la nuit) ont un risque plus élevé d'être isolé en présence de l'équipe suivante ( $OR=1.82$ ,  $p<.01$ ), de même qu'ils ont passé une moyenne d'heures isolés plus importante que les autres patients du service. Cependant, une tendance montre que dans certaines situations, les patients sont moins à risque d'être isolés. Notamment les patients de nationalité asiatique ( $OR=.09$ ,  $p<.01$ ), le nombre de patients isolés aux urgences ( $OR=1.74$ ,  $p<.03$ ) ou ayant tentés de se suicider au cours des deux dernières semaines ( $OR=.01$ ,  $p=.04$ ). [Traduction libre] (Yang & al., 2014, p.253)

Du côté soignant, les auteurs montrent que les soignants ayant des compétences en termes d'empathie (>4) diminuent l'utilisation de l'isolement (OR=.67,  $p<.01$ ). Cependant, les cours d'entraînement de l'empathie n'ont pas eu d'incidence sur l'utilisation de l'isolement ou d'autres mesures de contrainte (OR=1.29,  $p=.42$ ). Cela semble être dû au fait que les participants étaient plus empathiques que les autres à la base. Les auteurs recommandent donc de recruter et conserver du personnel infirmier empathique. [Traduction libre] (Yang & al., 2014, p.253)

### **Les différents protocoles**

**Le time out.** Une étude anglaise avec devis quantitatif traite de l'utilisation du *time out* comme alternative à l'isolement (Bowers, Ross, Nijman, Muir-Cochrane, Noorthoorn & Duncan, 2011). Par définition, le *time out* signifie demander au patient de s'isoler dans sa chambre (porte non fermée) jusqu'à ce qu'il se calme. Les auteurs ont réalisé une étude comparative entre l'utilisation du *time out* et de l'isolement. [Traduction libre] (p.827)

L'étude comprend 522 patients de 84 services différents de 31 hôpitaux anglais sur une période de 10 mois. Cet échantillon comprend des patients adultes de services aigus ou de soins intensifs de psychiatrie, dont 60% volontaires. Elle a été réalisée durant les deux premières semaines d'hospitalisation.

Parmi tous les participants de l'étude ( $n=522$ ), 36 d'entre eux (7,47%) ont été isolés au moins une fois durant les deux semaines et 81 ont utilisé le *time out* (15,52%). Effectivement, il y a une corrélation positive entre le pourcentage de patients isolés ou utilisant le *time out* ( $r=0.443$ ,  $p=0.014$ ). Bien que le *time out*

semble être plus fréquent, certains hôpitaux n'en ont jamais eu recours. [Traduction libre] (Bowers & al., 2011, p.828)

D'une part, les auteurs ont découvert que l'agression et la violence sont deux principaux comportements amenant le patient à l'isolement. Ils décrivent de la violence physique contre autrui (n=17), de la violence contre les objets (n=11), de la violence verbale (n=1) et finalement, certains patients ont été isolés sans motif d'agressivité (n=22). Cependant, ces derniers avaient des comportements désinhibés. D'autre part, les scientifiques ont défini les comportements amenant au *time out* comme suit : agressivité/violence (n= 90), refus de médication (n=9), non-respect des règles (n=7), tentative de désescalade (n=7), médication involontaire (n=6), changement de l'état mental (n=5). [Traduction libre] (Bowers & al., 2011, p.829-831)

Les résultats précédents indiquent que l'agressivité est le motif principal à l'isolement et au *time out*. En outre, les rédacteurs de l'article font une distinction. En effet, l'agression verbale a amené au *time out* dans 56% des cas (contrairement à l'isolement 20%). De plus, l'isolement a principalement découlé d'agressions physiques dans 49% des cas (vs 19% pour le *time out*). Cette différence est statistiquement significative ( $\chi^2 = 18,44$  ;  $p < .001$ ). De plus, les auteurs n'ont pas découvert de différences entre les patients isolés ou sujets au *time out* en fonction du genre, du diagnostic, du statut matrimonial, de l'histoire de consommation d'alcool ou d'auto-agressivité, de taille et de poids. [Traduction libre] (Bowers & al., 2011, p.830-831)

A travers cette étude, les auteurs peuvent ainsi dire que l'isolement et le *time out* peuvent être utilisés dans les mêmes circonstances. En effet, lorsqu'un patient présente un comportement agressif, le personnel soignant peut lui

proposer de se retirer en chambre plutôt que de le placer en isolement. Le *time out* est ainsi une alternative à l'isolement, car c'est une pratique plus acceptable et moins coercitive pour le patient. Finalement, cette étude présente quelques limites. Les résultats sont basés sur les notes des infirmières, certaines sont erronées voire manquants. De plus, les patients séjournant moins de deux semaines ont été exclus de l'étude et bon nombre d'entre eux (n=407) ont refusé d'y participer. Ceci limite la généralisation des résultats. [Traduction libre] (Bowers & al., 2011, p. 833)

**Le cadre décisionnel.** Une étude qualitative australienne (Hyde, Fulbrook, Fenton & Kilshaw, 2009) cherche à créer deux protocoles (Appendice B) qui permettraient à l'équipe infirmière, d'une part, de prendre la décision ou non d'isoler un patient, d'autre part, de libérer ou non ce dernier. Cette décision ne repose plus uniquement sur un ordre médical ou judiciaire. Cela permet de favoriser le rôle autonome de l'équipe infirmière tout en étant objectif. [Traduction libre]

**Le premier protocole.** Tout d'abord, l'équipe infirmière observe le comportement du patient et évalue le danger qu'il représente pour lui-même ou pour les autres. Puis, elle met en place un plan permettant d'assurer la sécurité du patient et de son entourage. Les actions infirmières proposées sont notamment les techniques de désescalade, la médication involontaire, le time out, le rapport 1/1 soigné/soignant, etc. L'équipe infirmière évalue à ce moment-là l'efficacité des interventions. Si le patient ne présente plus un risque imminent d'auto ou d'hétéro-agressivité, les soignants mettent en évidence les stratégies efficaces utilisées. Ils discutent avec le patient, négocient un plan de traitement et le documentent dans le dossier de soins du patient afin de transmettre

l'information. Si la personne soignée présente toujours un risque imminent d'auto ou d'hétéro-agressivité, le personnel infirmier détermine un plan permettant de favoriser la sécurité de tous les intervenants et décident d'isoler le patient. [Traduction libre] (Hyde & al., 2009, p.404)

**Le deuxième protocole.** Afin de déterminer si l'isolement est toujours nécessaire, l'équipe infirmière observe et évalue le comportement du patient aux quinze minutes. De plus, chaque trois heures, le patient est jugé par des infirmiers expérimentés et par l'équipe médicale. Ces deux corps de métiers évaluent conjointement le patient et déterminent s'il peut être libéré ou s'il continue à présenter un risque d'auto ou d'hétéro-agressivité. [Traduction libre] (Hyde & al., 2009, p.405)

Dans cette démarche expérimentale, le nombre de patients isolés n'a pas encore pu être évalué. Cependant, il a permis de baser la prise de décision sur des compétences cliniques.

**La médication involontaire.** Une étude hollandaise randomisée contrôlée (Georgieva, Mulder & Noorthoorn, 2013) vérifie si la médication involontaire, en guise de première intervention, pourrait réduire le nombre et la durée de l'utilisation de l'isolement et des autres mesures de contrainte. Par médication involontaire, les auteurs entendent tous les tranquillisants rapides impliquant l'administration orale et intramusculaire d'une combinaison d'halopéridol et de prométhazine. Ceci dans le but d'accéder rapidement au contrôle d'un comportement d'extrême agitation, d'agression ou d'un potentiel comportement violent qui pourrait mettre en danger l'individu ou son entourage. [Traduction libre] (Georgieva & al., 2013, p. 49)

Cette enquête a été réalisée auprès de 520 patients, sur une durée de 3 ans. Elle a eu lieu dans un seul service aigu de psychiatrie, ce qui limite la généralisation des résultats. Les principaux diagnostics des patients, cités selon la fréquence, sont les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles borderlines, les addictions et les troubles de stress post-traumatique. Les auteurs ont réparti de façon aléatoire l'échantillon en deux groupes. Le groupe 1 rassemble les patients (n=236) dont l'intervention de premier choix lors d'agitation et de violence est la médication involontaire. Le groupe 2 regroupe les patients (n=284) dont l'intervention prioritaire est l'isolement ou d'autres mesures de contrainte.

Par leur recherche, les auteurs ont découvert que, pour 1000 jours d'admission, le groupe 1 a un taux d'isolement de 7,8 contrairement au groupe 2 dont le taux est de 15. De plus, la médication involontaire, pour 1000 jours d'admission, est de 11,8 pour le groupe 1 et de 4,6 pour le groupe 2. Ces résultats entre les groupes sont statistiquement significatifs. En effet, le risque relatif d'être isolé a été plus faible dans le groupe 1 que dans le groupe 2 (RR=0.51,  $p<.001$ ), tandis que le risque relatif de médication involontaire était plus élevé dans le groupe 1 que dans le groupe 2 (RR=2.58,  $p<.001$ ). En outre, la durée totale des incidents d'isolement par groupe a montré que le groupe 1 avait un risque relatif plus faible de rester isolé que le groupe 2 (RR=0.54,  $p<.001$ ). [Traduction libre] (Georgieva & al., 2013, p.50)

En conclusion, cette étude permet de démontrer que l'isolement peut être réduit grâce à l'utilisation de la médication involontaire en première intention.

## L'environnement

**La chambre sensorielle.** Une étude suédoise (Björdahl, Perseius, Samuelsson & Hedlund Lindberg, 2016) fait un état des lieux des expériences vécues auprès de 126 soignants travaillant avec les chambres sensorielles dans le milieu psychiatrique. C'est un devis qualitatif, plus précisément une étude descriptive croisée. [Traduction libre] Costa, Morra, Sabino et Call définissent la chambre sensorielle (ou chambre de confort) comme

Un environnement exempt de défaillance dans lequel l'esprit peut errer et le corps peut se détendre tout en découvrant la stimulation graduelle des activités ciblées. Ces environnements offrent aussi l'occasion d'apprendre à utiliser un *time out* pour réduire l'agression ou la colère, recevoir l'intervention de crise dans un environnement sûr et apprendre des techniques de gestion du stress. [Traduction libre] (2006, cité dans Björdahl et al., 2006, p.2)

Lors de cette étude, bien que ce soit majoritairement des soignants qui ont initié un passage en chambre sensorielle, 92% des patients ont découvert des effets positifs lors de son utilisation. De cette étude, trois grands résultats ressortent : les espoirs et préoccupations des soignants, l'accent mis sur les auto-soins du patient et la chambre comme sanctuaire. [Traduction libre] (Björdahl & al., 2016, p.3)

**Les espoirs et préoccupations des soignants.** Tout d'abord, les soignants ont bon espoir quant à l'implantation des chambres sensorielles. Ils voient en elles une nouvelle approche intéressante qui permettrait de diminuer l'utilisation de l'isolement ou de la médication involontaire. Dans cette même idée, les soignants espèrent également que la chambre sensorielle aura un impact positif sur la diminution de l'anxiété et de l'inquiétude des patients. Ceci dans un but de les calmer et de favoriser le repos. Cependant, les soignants ont quelques

préoccupations. Ils ont peur que la chambre sensorielle soit instaurée dans une pièce déjà destinée à des thérapies et que son usage se fasse au détriment de ces dernières. De plus, certains professionnels de la santé confient douter de l'intérêt du patient pour la chambre sensorielle si ce dernier est trop en crise, s'il trouve cela ridicule ou si des membres de l'équipe soignante ont des aprioris négatifs. [Traduction libre] (Björdahl & al., 2016, p.4)

***L'accent mis sur les auto-soins du patient.*** Certains soignants mettent l'accent sur la régulation émotionnelle. Lorsque les patients sentent que leur stress et leur anxiété augmentent, la chambre sensorielle leur permet de réguler leurs émotions. En effet, il a été relevé qu'ils se sentent plus relaxés après utilisation. Il a aussi été noté que les patients choisissaient délibérément de passer seul un moment en chambre. Les soignants ont dû faire confiance en les capacités des patients à faire face à leur anxiété et agitation de manière indépendante. Cela a permis aux patients d'augmenter leur confiance en soi et de s'impliquer davantage dans leurs auto-soins. [Traduction libre] (Björdahl & al., 2016, p.5)

***La chambre comme sanctuaire.*** La chambre sensorielle a été définie comme un endroit tranquille où les patients peuvent se reposer et être au calme. Elle permet donc de rendre l'environnement général du service plus paisible. [Traduction libre] (Björdahl & al., 2016, p.6)

Cette étude très récente (2016) nous montre bien que l'utilisation de chambre sensorielle en psychiatrie est une nouvelle approche. A ce jour, il y a peu de littérature sur ce sujet et il n'existe pas encore d'étude sur l'expérience des patients ainsi que leur efficacité.

**L'environnement architectural.** Une étude hollandaise (van der Schaaf, Dusseldorp, Keuning, Janssen & Noorthoorn, 2013) explore l'impact des caractéristiques environnementales de services de psychiatrie sur l'incidence et la prévalence de l'isolement. C'est un devis quantitatif, plus précisément une analyse en composantes principales non linéaire. Les auteurs émettent l'hypothèse que certaines caractéristiques environnementales auraient un impact sur l'utilisation de l'isolement. [Traduction libre]

Cette étude a été réalisée auprès de 14'824 patients hospitalisés dans 199 services hollandais, dont des services d'admission (n=82), de non-admission (n=92) et psychiatrie pénitentiaire (n=25), de 16 hôpitaux psychiatriques. Les pathologies principales des patients étaient des psychoses (schizophrénie, troubles hallucinatoires), des troubles de l'humeur, des troubles du comportement et de la personnalité et des troubles du comportement ou mentaux dus à l'usage de substances psychoactives. Cette recherche s'est déroulée sur une période d'une année. Les caractéristiques des services étaient les suivantes : une taille variant de 87,1 à 1321,5 m<sup>2</sup> ; une moyenne de 10m<sup>2</sup> par patient d'espace commun, principalement des chambres individuelles (93,6%), un espace extérieur (n=192) et la plupart des services ont une à six chambres d'isolement. [Traduction libre] (van der Schaaf & al., 2013, p.144-145)

Les auteurs ont découvert que certaines caractéristiques environnementales augmentent le risque que les patients soient isolés, notamment la présence d'un espace extérieur ou jardin (OR=9.09), la disponibilité de mesures spéciales de sécurité (présence de dispositifs sur la porte qui permettent de l'ouvrir et la fermer, un système d'alarme et le type de communication utilisé lors de l'interaction soignant-soigné) (OR=1.60) ainsi qu'un nombre important de patients

dans le bâtiment (OR=1.01). En outre, certaines caractéristiques diminuent l'isolement telles qu'un plus grand espace privé par patient (OR=0.88), un niveau de confort plus important (OR=0.77) et une meilleure visibilité sur le service (caméras, couloirs plus larges, bonne vue d'ensemble) (OR=0.69). [Traduction libre] (van der Schaaf & al., 2013, p.145-146)

Cet article permet de mettre en lumière que certaines caractéristiques environnementales ont une incidence sur la prévalence de l'isolement.

### **Suggestions d'alternatives proposées par les patients**

Une étude finlandaise (Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holi & Välimäki, 2012) s'est intéressée au vécu des patients lors de l'isolement. A travers des interviews, les patients ont pu proposer des suggestions d'amélioration de pratiques et d'alternatives à l'utilisation de l'isolement. C'est un devis inductif qualitatif.

Cette étude a été réalisée auprès de 30 patients hospitalisés dans six services aigus fermés de deux hôpitaux psychiatriques finlandais, sur une durée de six mois, dans lesquels les patients souffraient principalement de schizophrénie (n=18). Le motif prioritaire de la mise en isolement était l'auto ou l'hétéro-agressivité. [Traduction libre]

Les patients suggèrent un traitement plus humain, des évaluateurs externes (médiateurs ou aumôniers), des informations mises à jour, des accords écrits et un environnement plus convivial. Ces mesures permettraient de rendre l'isolement plus confortable. Les patients souhaiteraient participer activement à leur prise en soins. Quatre alternatives à l'isolement sont proposées par les patients telles que des interactions empathiques avec les soignants, des

activités, la communauté thérapeutique (l'environnement affecte le comportement) et des traitements médicamenteux. De plus, les patients souhaiteraient avoir une chambre individuelle ou un endroit calme au sein du service où il serait possible de se relaxer en écoutant de la musique. [Traduction libre] (Kontio & al., 2012, p.20-21)

Enfin, cette étude permet de mettre en lumière les besoins des patients. Il serait intéressant de les inclure, dans la mesure du possible, lors des colloques d'amélioration continue qui traiteront de la chambre de soins.

## Discussion

Dans ce chapitre, nous avons tout d'abord un regard critique sur notre travail de Bachelor. Puis, nous présentons la discussion de nos résultats. Finalement, nous répondons à la question de recherche.

### **Regard critique sur le travail de Bachelor**

Dans un premier temps, nous faisons l'inventaire des obstacles rencontrés durant ce travail. Dans un second temps, nous définissons nos ressources.

La rédaction d'une revue de littérature a été expérimental pour nous. Tout d'abord, nous avons rencontré des difficultés pour acquérir une rigueur méthodologique. En effet, la navigation sur les bases de données a été, dans un premier temps, assez laborieuse. Nous ne trouvions aucune recherche pertinente lors de combinaisons de mots MESH. Nous avons dû nous en tenir à élaborer des mots clés. Puis, étant de langue maternelle française, nos connaissances de base d'anglais étaient lacunaires. Effectivement, elles nous ont mis en difficulté lors de la lecture des articles scientifiques et de leur analyse. De plus, la compréhension des statistiques nous a pris énormément de temps et nous avons été contraints de faire appel à des professeurs pour en apprécier leur utilisation.

Nous avons pu nous appuyer sur nos ressources afin d'élaborer ce travail de Bachelor avec succès. Nous avons pu compter sur le soutien de notre directrice de Bachelor, de nos professeurs et d'experts du terrain qui nous ont été d'une grande aide ; sans oublier le soutien et la solidarité omniprésents de nos pairs. De plus, notre intérêt commun pour la problématique ainsi que pour le domaine psychiatrique ont été le moteur principal de ce travail. En effet, nous avons eu énormément de plaisir à travailler sur un sujet qui nous tenait à cœur. Nous nous voyons complètement appliquer les résultats de notre recherche dans notre future pratique professionnelle. Finalement, nos méthodes de travail et nos caractères aussi

différents soient-ils, nous ont permis de nous rendre complémentaires l'un envers l'autre.

### **Discussion des résultats**

Dans cette partie de notre travail de Bachelor, nous discutons des résultats en faisant des liens avec notre cadre théorique, c'est à dire, la théorie et les concepts préalablement définis à la page 14.

#### **Les alternatives infirmières à l'utilisation de l'isolement**

La recension des articles scientifiques nous a permis de mettre en évidence des pistes d'interventions infirmières permettant de diminuer l'isolement.

##### **Les compétences des équipes infirmières.**

**L'empathie.** Premièrement, Yang et al. (2014) ont découvert qu'un personnel soignant empathique permet de réduire l'isolement. Aussi, ils constatent que la prévalence de l'isolement est plus élevée le soir, le week-end et les jours de vacances. Les auteurs n'ont pas argumenté ce fait. Cela mériterait d'être investigué dans les études à venir. Finalement, Yang et al. (2014) semblent indiquer que l'entraînement de cette compétence ne réduit pas significativement l'isolement. En effet, recruter et conserver du personnel soignant empathique de base semble être une bonne alternative. Cette étude corrobore la théorie de Fornerod (2005). En effet, l'empathie est une compétence que le soignant doit avoir pour favoriser une alliance thérapeutique. L'empathie est une attitude rogérienne basée sur les quatre canaux de communication. Afin d'être empathique, la distance entre soignant-soigné doit être adaptée, ni trop près, ni trop loin. Aussi, le soignant est tenu de se mettre à même hauteur que le soigné pour éviter toute position de force. Il doit

également contrôler son non-verbal. Ainsi, par exemple, l'apparence du soignant de ne pas transparaître un jugement de valeur. De plus, il doit adapter sa voix (ton adapté, débit lent, accepter les silences, voix chaleureuse). Phaneuf (2013) signale que le soignant, de par son rôle de défenseur du patient, a comme objectif de révéler la pauvreté des soins. En effet, l'étude de Yang et al. (2014) a montré que les patients étaient moins empathiques à l'égard des soignés à différents moments. Le soignant doit donc être vigilant afin de dispenser des soins de qualité.

**Les différents protocoles.** Deuxièmement, nous proposons aux infirmières certains protocoles permettant de diminuer l'isolement. Effectivement, nous avons défini trois protocoles : le time out, le cadre décisionnel et la médication involontaire.

**Le time out.** Dans leur étude, Bowers et al. (2011) démontrent que l'agression verbale est le motif principal de l'utilisation du time out contrairement à l'isolement qui découle d'agression physique. Ils concluent en disant que le time out peut être utilisé à la place de l'isolement. Ce résultat est à prendre avec prudence, car l'échantillon de leur étude est composé à 60% de patients admis volontairement. En effet, Bilanakis et al. (2010) démontrent que le type d'admission volontaire diminue l'isolement. Bowers et al. (2011) relèvent que le motif principal, que ce soit pour l'utilisation de l'isolement ou du time out, est l'agression. Ce résultat est appuyé par le concept de crise décrit par Séguin et al. (2012). En effet, ils décrivent que les patients en crise ont parfois des comportements à risque, notamment la violence. De plus, Selye (1998) propose trois phases dans sa théorie du stress. Lors de la première phase (la phase d'alarme), l'organisme fait face à un événement stressant qui met l'individu dans un état d'hypervigilance. Il a alors la possibilité de fuir ou d'attaquer et par attaque, on peut entendre, des comportements de violence (verbale, hétéro ou auto agressivité). Ces propos confirment bien les résultats de Bowers et al. (2011).

**Le cadre décisionnel.** Dans leur étude, Hyde et al. (2009) suggèrent un cadre décisionnel renforçant le rôle infirmier et comprenant deux protocoles, l'un permet d'isoler et l'autre permet de libérer le patient. Il est actuel et recense les bonnes pratiques avec des interventions infirmières dans le but de réduire l'isolement. Il a également pour conséquence de rendre le personnel infirmier plus objectif lors de ses décisions. Ce cadre décisionnel liste une série d'interventions infirmières en amont de l'isolement. Il autorise donc de proposer des interventions moins coercitives. Dans cette même idée, Phaneuf (2013) rend le soignant défenseur de l'intérêt du patient. Etant donné que le patient vit l'isolement comme un événement traumatisant, le soignant doit proposer un éventail d'alternatives pour rendre la prise en charge plus acceptable. De plus, Séguin et al. (2012) signalent que l'intervention de crise doit être immédiate étant donné qu'elle peut induire des comportements à risque pour le patient et son entourage. Le soignant doit alors rapidement observer le comportement du patient et mesurer le risque d'auto ou hétéro-agressivité. Une fois évalué, l'équipe infirmière se doit de proposer des interventions adaptées à la dangerosité. Cette démarche est en totale adéquation avec la première phase du protocole proposée par Hyde et al. (2009). Cependant, à ce stade, le cadre décisionnel ne reprend pas la notion de co-construction proposée par Fornerod (2005) car il induit un rapport de force. En effet, le patient étant en état de crise et ayant épuisé toutes ses stratégies d'adaptation, le soignant met en place des interventions protocolées sans lui demander son avis. Dans un deuxième temps, lorsque la crise est passée, la séquence peut être reprise en entretien. Le soignant fait l'état des lieux des interventions proposées au patient et ensemble, ils en discutent pour répertorier les plus efficaces. Cette action a pour but d'améliorer la prise en charge lors d'éventuelles futures crises. A ce stade, la relation entre soignant et soigné est basée sur la co-construction. Dans un hôpital psychiatrique

romand, l'équipe infirmière propose des interventions allant dans ce même ordre d'idée. En effet, à la sortie de la CSI, le patient est vu en entretien infirmier afin de réaliser un defusing (permettre au patient de s'exprimer d'un point de vue émotionnel sur sa mise en CSI). A l'issue de cet entretien, le patient a la possibilité de rédiger des directives anticipées. Celles-ci permettent de favoriser l'autonomie du patient lors d'un nouvel état de crise.

**La médication involontaire.** Dans leur étude, Georgieva et al. (2013) confirment que l'isolement peut être diminué en utilisant la médication involontaire en première intention. De plus, ils proposent de combiner de l'halopéridol et de la prométhazine d'abord par oral, puis par intramusculaire lors de violence ou d'agitation. Ces deux principes actifs semblent être la meilleure combinaison afin de diminuer l'anxiété, l'agitation et les comportements violents des patients. De plus, s'ils sont administrés par voie intramusculaire, leur action est plus rapide. Cette pratique renforce l'idée d'immédiateté de l'intervention de crise proposée par Séguin et al. (2012). De plus, pour respecter le droit des patients et dans un but de défendre leurs intérêts (Phaneuf, 2013), les soignants doivent donner l'information nécessaire quant à la médication instaurée et aux voies d'administration possibles. Dans ce même ordre d'idée, le principe de pertinence proposé par Fornerod (2005) sous-tend que l'information doit être précise et concise. Selon le concept de coping (Lazarus et al., 1984), l'intervention de soins proposée ci-dessus répond à l'épuisement des stratégies du patient en situation de crise. En effet, le soignant constate que les stratégies d'adaptation sont inefficaces et met en place une alternative à l'isolement. Bien que la médication involontaire semble être efficace dans de telle situation, ce geste invasif n'en est pas moins traumatisant pour le patient.

**L'environnement.** La dernière sous-catégorie d'interventions infirmières proposées dans ce travail regroupe les interventions environnementales telles que la chambre sensorielle et l'environnement architectural.

**La chambre sensorielle.** Dans leur étude, Björdahl et al. (2016) investiguent les expériences des soignants utilisant la chambre sensorielle. Les soignants interviewés réservent un bon accueil à cette nouvelle pratique. Ils pensent que ce lieu permettrait aux patients d'augmenter leurs auto-soins. De plus, d'un point de vue général, la chambre permettrait de diminuer la tension présente au sein du service et d'ainsi le rendre plus confortable. Pour qu'un coping soit efficace (Lazarus et al., 1984), le patient doit connaître ses stratégies d'adaptation à un événement stressant (par exemple musique, relaxation, etc.). Il se doit d'être attentif aux signaux d'alarme induisant un état de crise et doit être capable de définir ses émotions en y mettant des mots dessus. La réflexion sur les stratégies d'adaptation nécessite tout un travail en amont avec l'équipe infirmière sur la base d'entretiens. Ainsi, la chambre sensorielle ne semble pas forcément accessible à tous les patients, car ils doivent d'abord connaître leurs stratégies d'adaptation efficaces avant d'y séjourner. Par exemple, le patient a connaissance des outils lui permettant de diminuer son anxiété pour pouvoir pleinement bénéficier des avantages de la chambre. Cette conception est primordiale car les auteurs de cette étude ont mis en évidence que les patients préféreraient y passer du temps seuls. Ils se retrouvent donc isolés face à leur anxiété et essaient d'y remédier de façon indépendante, ce qui leur permet d'augmenter leurs auto-soins. De plus, les signaux d'alarme cités ci-dessus font référence au concept de stress défini par Selye (1998). En effet, l'organisme réagit à un événement stressant par augmentation de la fréquence cardiaque, du pouls, de la tension, etc. Ces réactions biologiques peuvent donc être ressenties par le patient comme signaux d'alarme. La chambre sensorielle est un

espace réservé au patient qui permet de retrouver un état de bien-être sur la base de stimulations sensorielles (odorat, ouïe, goût, toucher et vue). Townsend (2010) propose des stratégies pour faire face au stress allant dans ce même ordre d'idée. En effet, elle indique des techniques de relaxation, de la musique, de la méditation, etc. Toutes ces interventions sont applicables dans la chambre sensorielle.

**L'environnement architectural.** Dans leur étude, van der Schaaf & al. (2013) confirment que certaines caractéristiques environnementales ont un impact sur la prévalence de l'isolement. En effet, un espace extérieur, des mesures spécialisées de sécurité et un nombre élevé de patients dans le bâtiment augmentent de façon importante le taux d'isolement. Cependant, un espace privé par patient, plus de confort et une meilleure visibilité sur le service permettent de diminuer l'isolement. Il semble évident que si beaucoup de patients occupent le service, il y aura une augmentation des stimuli stresseurs. Le patient sera donc plus vulnérable et présentera une réaction d'hypervigilance. Ce qui peut potentiellement déclencher un état de crise. Les infirmières doivent être attentives au fait que quelques caractéristiques environnementales peuvent induire cet état. L'espace privé par patient rejoint l'idée du *time out* présenté par Bowers et al. (2011). En effet, certains patients ont comme stratégies d'adaptation le retrait en chambre. Pour cela, il est impératif que chaque patient ait une chambre individuelle. Ceci est en adéquation avec le concept de coping présenté par Lazarus et al. (1984). Cependant, dans la pratique, il est actuellement difficile d'accorder une chambre individuelle à tous les patients. En effet, selon l'Office Fédéral de la statistique (OFS, 2016), il y a une augmentation considérable des hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques en Suisse. Depuis 2010, environ 2'000 hospitalisations par année ont été recensées alors que le nombre de lits quant à lui n'a pas suivi cette augmentation.

Pour conclure ce sous-chapitre, les auteurs ont mis en évidence que l'environnement est un élément important à prendre en compte dans le domaine de la psychiatrie hospitalière. En effet, il a un impact sur la prévalence de l'isolement. Cependant, ces résultats sont à prendre en compte lors de la construction d'un hôpital. Effectivement, les hôpitaux psychiatriques actuels sont difficilement modifiables en termes d'architecture. De plus, les coûts d'une telle modification sont importants.

### **Suggestions d'alternatives proposées par les patients**

La recension des articles scientifiques nous a finalement permis de mettre en évidence des pistes d'interventions diminuant l'isolement proposées par les patients.

Dans leur étude, Kontio et al. (2012) révèlent que les patients suggèrent un certain nombre d'alternatives à l'utilisation de l'isolement. Ils réclament notamment un traitement plus humain, la présence d'intervenants externes (aumôniers), des informations plus claires, des accords écrits (par exemple : plan de traitement écrit, planning de la CSI, etc.), plus d'activités, plus d'espaces individuels et plus de traitements médicamenteux. Ils souhaitent également participer plus activement à leur prise en soins. Par traitement plus humain, il est possible de reprendre les principes de Fornerod (2005), notamment les attitudes rogériennes. Un personnel infirmier plus empathique, plus respectueux et non jugeant amèneraient une meilleure relation humaine. De plus, le principe de coopération permettrait d'inclure d'avantage le patient dans sa prise en soins. Les patients interviewés en post crise savent ce qui les aide ou ce qui aurait pu les aider en période de crise. Cette idée reprend l'importance de la notion de *defusing* et de directives anticipées

mentionnées ci-dessus. Finalement, les patients pensent ne pas avoir suffisamment d'informations claires. Le soignant, de par son rôle de défense des droits du patient (Phaneuf, 2013), se doit d'informer son patient et lui permettre de voir son dossier de soins quand la situation le permet.

En guise de conclusion à la discussion des résultats, nous pouvons désormais dire qu'il est important d'inclure les patients dans leur prise en soins en les mettant au centre. D'un point de vue général, les soignants se doivent de faire plus confiance à leurs patients. Si l'on se réfère à la notion de chronicité bien présente dans le domaine de la psychiatrie, il est intéressant de reprendre l'idée que le patient est considéré comme expert de sa maladie (Sager Tinguely et al., 2011). D'une part, il est important de prendre en compte son vécu, les stratégies d'adaptation déjà mises en place et leur efficacité. D'autre part, le patient n'est pas toujours apte à utiliser ses stratégies lors de crises. Le soignant doit alors le convaincre qu'il a les capacités de faire face à une situation stressante (Séguin & al., 2012). C'est à ce moment-là que les directives anticipées prennent tout leur sens.

### **Réponse à la question de recherche**

Nous pouvons ainsi répondre à notre question de recherche : *Quelles sont les interventions qui permettent de diminuer voire d'éviter l'utilisation des CSI pour des patients hospitalisés en psychiatrie adulte?*

Les différentes interventions proposées dans les sept articles retenus pour cette revue de littérature actualisée ont démontré des résultats intéressants qui mériteraient un plus haut niveau de preuve. Ils ont tous des résultats positifs mais ne sont pas applicables dans tous les contextes. Nous avons découvert que

l'empathie est une compétence infirmière primordiale dans la relation d'aide. Aussi, pour éviter que la prise en soins du patient se fasse de manière subjective en raison du ressenti des soignants, nous proposons trois types de protocoles. Premièrement, le soignant peut avoir recours à la médication involontaire. Dans la pratique actuelle, nous avons pu constater que la médication involontaire est souvent administrée lors de la mise en CSI du patient. Cet agissement rajoute une contention supplémentaire et traumatisante pour le patient. En effet, ce genre de prise en soins ne respecte pas le principe de proportionnalité. Deuxièmement, le time out est une alternative intéressante car elle peut également être appliquée dans d'autres structures ne disposant pas de CSI. C'est une démarche qui permet de collaborer avec le patient et ainsi de maintenir l'alliance thérapeutique. Finalement, le cadre décisionnel permet aux soignants d'être objectif dans la prise de décision. De plus, il est proportionnel à la situation de crise et il propose diverses alternatives à l'isolement en amont. Une des qualités de ce protocole est qu'il prend en compte la mise en CSI dans sa globalité jusqu'à la sortie du patient. Ainsi, cela permet de ne pas prolonger une mise en CSI inutilement. Nous proposons également des alternatives à l'isolement d'un point de vue environnemental. La chambre sensorielle est une nouvelle approche non violente et collaborative avec le patient. C'est une ressource supplémentaire que les soignants lui apportent. De plus, l'environnement architectural présente plus de sécurité aux usagers. Il permet aux soignants d'avoir un contact visuel constant avec les patients ce qui améliore la prise en soins. Dernièrement, nous avons recueilli les suggestions d'alternatives à l'isolement proposées par les patients. Leurs témoignages nous convainquent de l'importance de tenir compte de leur vécu et leurs besoins.

## **Conclusion**

A l'issue de ce travail de Bachelor, nous avons pu acquérir de nouvelles compétences dans notre rôle infirmier. Développer et améliorer notre rigueur méthodologique et scientifique ont été des points à relever lors la rédaction de cette revue de littérature. A travers les différentes recherches d'articles scientifiques, nous avons pu acquérir une certaine dextérité quant à l'utilisation des bases de données. Cette expérience va nous permettre d'améliorer notre pratique future en nous basant sur des evidences based nursing. Cette façon de faire appuiera notre positionnement professionnel à l'aide de recherches probantes.

En ce qui concerne les implications pour la recherche future, nous suggérons de continuer à étudier l'efficacité de la chambre sensorielle. En effet, Björdaahl & al. a proposé une étude très récente (2016) sur cette alternative à l'isolement. Cependant, nous n'avons découvert aucune étude qualitative sur l'expérience des patients. De plus, cette chambre mériterait une étude quantitative (idéalement contrôlée randomisée) permettant de définir si oui ou non son utilisation réduit le taux d'isolement en psychiatrie. Aussi, il a été difficile de faire une généralisation des résultats pour bon nombre des études retenues, car elles ont eu lieu dans un seul hôpital. Nous suggérons des études nationales à plus large échelle. Finalement, il serait complexe d'uniformiser les pratiques en Europe, puisqu'en observant l'exemple de la Suisse, l'utilisation de l'isolement varie déjà beaucoup d'un canton à l'autre, voire d'une institution à l'autre. Cependant, il est important de continuer à s'inspirer d'études internationales afin d'améliorer les pratiques en Suisse. Nous proposons de favoriser le benchmarking.

Concernant les implications pour la pratique, nous pouvons affirmer qu'à ce jour il n'existe pas de moyens permettant d'arrêter complètement l'usage de l'isolement. Cependant, des interventions peuvent être réalisées en amont dans le but d'en diminuer la prévalence. Nous recommandons d'inclure d'avantage le patient dans

sa prise en soins. Pour ce faire, nous proposons de favoriser le *defusing* à la sortie de la CSI afin de diminuer tout traumatisme. De plus, nous proposons aux équipes infirmières d'organiser des moments d'entretien avec le patient afin de faire un retour sur les événements qui ont induit l'isolement. Il est également important de répertorier les stratégies d'adaptation efficaces lors de crises. Les données ainsi recueillies peuvent être recensées dans le dossier de soins comme mentionnées dans des directives anticipées, ce qui permettrait d'améliorer la prise en soins future.

## Références

Art. 838 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (= CC ; RS 220)

Art. 435 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (= CC ; RS 220)

Art. 53 de la loi sur la santé du canton de Fribourg du 16 novembre 1999 (= Lsan ; RS 821.0.1)

Association Suisse des Sciences Médicales (2005). Mesures de contrainte en médecine. *Directives médico-éthiques de l'ASSM*. Bâle.

Auderset, P.-B. (2010). *Crise et intervention de crise*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Bardet Blochet, A. (2009). Les chambres fermées en psychiatrie : poursuivre le débat pour dépasser les conflits. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 160, 4-11.

Baratta, A. & Morali, A. (2010). Chambre d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France. *Médecine & Droit*, 2010, 86-89.

Bilakanis, N., Kalampokis, G., Christou, K. & Peritogiannis, V. (2010). Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of general hospital in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 402-411.

Björkdahl, A., Perseius, K.I., Samuelsson, M. & Hedlund Lindberg, M. (2016). Sensory rooms in psychiatric inpatient care : Staff experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 1-8.

Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E. & Stewart, D. (2011). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of advanced nursing*, 68(4), 826-835.

- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Cano, N., Boyer, L., Garnier, C., Michel, A., Belzeaux, R., Chabannes, J.-M., Samuelian, J.-C., & Harle, J.-R. (2011). L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *L'encéphale*, 55.
- Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. *Basic Books*. New York.
- Costa, D. M., Morra, J., Sabino, M. & Call, K. (2006). Sensory-based treatment for adults with psychiatric disorders. *OT Practice*, 6, 19–23.
- Drozdek, D. (2012). *Les chambres de soins intensifs en psychiatrie : étude descriptive du vécu des patients et de l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignant* (Mémoire de master inédit). Université de Lausanne, Suisse.
- Fornierod, P. (2007). *L'approche interactionniste de la relation et de la communication*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Friard D. (1998). *L'isolement en psychiatrie – séquestration ou soin*. Paris: Editions hospitalières.
- Georgieva, I., Mulder, C. L. & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through involuntary medication : A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 205, 48-53.
- Holmes, A., Perron, A. & Guimond, P. (2007). Le personnel infirmier et l'isolement en psychiatrie : critique du processus de décision. *Santé mentale*, 116, 16-23.
- Hyde, S., Flubbrook, P., Fenton, K. & Kilshaw, M. (2009). A clinical improvement project to develop and implement a decision-making framework for the use of seclusion. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 398-408.

- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A.-M., Lönnqvist, J. & Kaltiala-Heino, R. (2009). Who are the restrained and secluded patients : a 15-year nationwide study. *Soc Psychiat Epidemiol*, 1087-1093.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M. (2012). *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 16-24.
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E. & Mailhot, M.P. (2009). Qualité des interventions infirmières dans un épisode d'isolement avec ou sans contention en contexte psychiatrique : points de vue d'infirmières et de patients. Québec : Université de Montréal. Hôpital Luis-H. Lafontaine.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Lecomte, Y. & Lefebvre, Y. (1986). L'intervention en situation de crise. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 122-142.
- Loiselle, C.G. (2007). *Méthodes de recherche en science infirmière, approches quantitatives et qualitatives*. Québec: ERPI.
- Maître, E., Debien, C., Nicaise, P., Wyngaerden, F., Le Galudec, M., Genest, P., Ducrocq, F., Delamillieure, P., Lavoisy, B., Walter, M., Dubois, V. & Vaiva, G. (2013). Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *Advanced directives in psychiatry : A review of the qualitative littérature, a state-of-the-art and viewpoints*, 39, 244-251.
- Martin, V., Bernhardsgrütter, R., Goebel, R. & Steinert, T. (2007). The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia : A

comparison of practice in Germany and Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1-6.

Meehan, T., Bergen, H. & Fjeldsoe, K. (2004). Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33-38.

Office fédérale de la statistique (OFS, 2016). *Prestataires de services et personnels de santé : Hôpitaux – Indicateurs*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/key/01.html>.

Palazzolo, J. (2002). *Chambre d'isolement et contention en psychiatrie*. Paris : Masson.

Phaneuf, M. (2013). Le concept d'advocacy en soins infirmiers. 1-13.

Sager Tinguely, C., Weber, C., Gasser, C., Graber, J., Gross, J., Nadot-Ghanem, N., Progin, E. & Schenevey Perroulaz, E. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Paris, France : Edition Lamarre.

Sailas, E.E.S. & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2000*; CD001163.

Séguin, M., Brunet, A. & LeBlanc, L. (2012). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Canada, Québec : Chenelière Education.

Selye, H. (1998). A syndrome produced by diverse noxious agents. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 10(2), 230-231.

Steinert, T., Martin, V., Bauer, M., Bohnet, U., Goebel, R., Hermelink, G., ... Voigtländer, W. (2006). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 140-145.

Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F. & Whittington, R. (2008). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals : a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiat Epidemiol*, 889-897.

Townsend, M. (2010). *Soins infirmiers en psychiatrie et santé mentale*. St-Laurent : ERPI.

Van der Schaaf, P.S., Dusseldorp, E., Keuning, F.M., Janssen, W.A. & Noorthoorn, E. (2013). Impacts of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 142-149.

Yang, C.-P. P., Hargreaves, W. A. & Bostrom, A. (2014). Association of Empathie of Nursing Staff With Reduction of Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Care. *Psychiatry Services*, 65(2), 251-254.

**Déclaration d'authentification**

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Bapst Aurélie

Guillemin Alan