

# ***Isolement de contact***

***Accompagnement des patients selon leurs besoins***

Travail de Bachelor

Par

**Claire Terrapon**

Promotion 2007-2010

Sous la direction de : Jean-Michel Rossier

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**

Filière soins infirmiers

Le 5 juillet 2010

## Résumé

**But :** Le but de cette revue de la littérature est de définir les besoins des patients atteints d'un staphylocoque doré résistant à la méthiciline (MRSA), en isolement de contact, en vue d'établir une offre en soins pertinente et efficace, pour un accompagnement infirmier de qualité et la prévention de troubles psychiques tels que la dépression.

**Question de recherche :** Dans une perspective d'accompagnement et dans le but de prévenir l'apparition d'un trouble dépressif, quels sont les besoins exprimés par l'adulte porteur d'un MRSA en isolement de contact ?

**Méthodologie :** une revue de la littérature a été menée entre juin 2009 et juin 2010, analysant 15 études, sélectionnées à l'aide d'un moteur de recherche (PubMed).

**Résultats :** Au travers de l'analyse des 15 recherches retenues, cinq besoins ont pu être identifiés : le besoin d'informations, le besoin d'activités, le besoin d'aménagement de la chambre et de structuration de la journée, le besoin de soutien, écoute et communication avec le personnel, le besoin de contacts avec les proches et les autres patients.

**Discussion :** Les résultats sont discutés et mis en lien avec des cadres de référence théoriques, puis les implications pour la pratique professionnelle sont présentées.

**Mots-clés :** cross-infection, psychology, isolation, satisfaction, adults

## **Remerciements**

Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur Jean-Michel Rossier pour son soutien, sa confiance et ses encouragements tout au long de l'élaboration de ce Bachelor Thesis

Un grand merci à mes parents pour leur disponibilité, leur soutien et leurs remarques constructives et plus particulièrement à ma mère, dont l'œil affûté ne saurait passer à côté des singularités orthographiques et grammaticales dont je sais faire preuve.

Merci à mon ami Felipe, pour sa patience et sa compréhension face à mes nombreuses doléances.

Et enfin, merci à tous ceux qui, par leur amitié et leurs encouragements, m'ont soutenue tout au long de ce travail.

## Table des matières

<i>Résumé</i> .....	2
<i>Remerciements</i> .....	3
<i>Introduction</i> .....	7
<b>1. Les maladies nosocomiales</b> .....	<b>8</b>
1.1 Le staphylocoque doré.....	8
1.2 La prévalence.....	8
1.3 Les mesures de prévention .....	9
<b>2. Le vécu de l'isolement</b> .....	<b>9</b>
2.1 Pour le patient.....	9
2.2 Pour le soignant .....	10
<b>3. Problématique</b> .....	<b>10</b>
3.1 Question de recherche .....	12
3.2 Objectifs .....	13
<b>4. Cadres de références</b> .....	<b>13</b>
4.1 Concepts en lien avec la question de recherche .....	13
4.1.1 L'isolement .....	13
4.1.2 Les besoins.....	14
4.1.3 La dépression .....	14
4.1.4 La prévention .....	15
4.2 Cadres d'analyse des résultats.....	15
4.2.1 Les fonctions du milieu .....	15
4.2.2 Le coping .....	17
4.2.3 L'interactionnisme selon Fornerod.....	17
<b>5. Méthodologie</b> .....	<b>18</b>
5.1 Critères d'inclusion .....	19

5.2	Critères d'exclusion.....	19
5.3	Résultats des stratégies de recherche .....	20
5.3.1	Stratégie 1 .....	20
5.3.2	Stratégie 2 .....	20
5.3.3	Stratégie 3 .....	20
5.3.4	Stratégie 4 .....	20
5.3.5	Stratégie 5 .....	21
5.3.6	Stratégie 6 .....	21
5.3.7	Stratégie 7 .....	21
<b>6.</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>22</b>
6.1	Le besoin d'informations.....	22
6.2	Le besoin d'activités.....	23
6.3	Le besoin d'aménagement de la chambre et de structuration de la journée.....	23
6.4	Le besoin de soutien, écoute et communication avec le personnel .....	25
6.5	Le besoin de contacts avec les proches et les autres patients.....	26
<b>7.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>28</b>
7.1	Analyse des études .....	28
7.2	Analyse des résultats .....	30
7.3	Satisfaction des besoins.....	38
7.4	Réponse à la question .....	39
7.5	Conséquences pour les soins .....	39
	<b><i>Conclusion</i> .....</b>	<b>42</b>
	<b><i>Forces et limites du travail</i>.....</b>	<b>42</b>
	<b><i>Besoin de recherches ultérieures</i>.....</b>	<b>42</b>
	<b><i>Mot de l'auteure</i> .....</b>	<b>43</b>

<b><i>Bibliographie</i> .....</b>	<b>45</b>
<b>Articles de recherche .....</b>	<b>45</b>
<b>Ouvrages .....</b>	<b>47</b>
<b>Documents non publiés.....</b>	<b>47</b>
<b>Sites internet .....</b>	<b>48</b>
<b><i>Annexes</i>.....</b>	<b>50</b>
<b>A. Pyramide des besoins selon Maslow .....</b>	<b>50</b>
<b>B. Synthèse des résultats des stratégies de recherche.....</b>	<b>51</b>
<b>C. Grilles d'analyse des recherches.....</b>	<b>52</b>

## Introduction

Le milieu hospitalier est particulier : hygiène et aseptie strictes, blouses blanches, calme ou parfois effervescence... Il possède une signification propre ; les gens s'y promènent avec leurs représentations, images et fantasmes. Ainsi, l'hospitalisation est souvent vue comme une crise, un moment déstabilisant, parfois difficile à gérer. Le temps semble s'alourdir, les jours se succèdent avec lenteur. Alors comment imaginer cette hospitalisation en isolement strict, privé de la plupart des contacts sociaux et porteur d'une bactérie que les soignants essaient à tout prix d'éviter?

Lorsqu'une personne porteuse d'un staphylocoque doré résistant à la méthiciline (MRSA) est hospitalisée, la mise en isolement de contact est nécessaire afin d'éviter la dissémination de la bactérie, dans la structure hospitalière. Le patient est alors isolé, les visites sont limitées et le personnel soignant doit vêtir une surblouse et des gants avant chaque soin. Un certain nombre d'études se sont penchées sur les conséquences psychologiques d'un tel isolement et les résultats montrent que le niveau de dépression augmente de façon significative chez certains patients en isolement de contact.

Cette revue de la littérature a analysé 15 recherches traitant de l'expérience des patients en isolement de contact. Dans un premier temps, la problématique sera exposée, puis les concepts, en lien avec le thème, seront définis afin de permettre une meilleure compréhension. Dans un deuxième temps, les aspects méthodologiques seront présentés, puis viendra le développement des résultats et la discussion. Ce travail va mettre en lumière la satisfaction et les manques déplorés par les patients ayant vécu une telle situation. Il pourra alors relever leurs besoins pour en faire découler des stratégies infirmières efficaces, dans le but de soutenir les patients en isolement et d'en prévenir les effets néfastes.

## **1. Les maladies nosocomiales**

Le terme nosocomial vient du grec « nosos », signifiant « maladie » et de « komein », signifiant « accompagner ». Les infections nosocomiales peuvent être définies comme des infections en relation avec les soins (Damph, 2004).

Selon le comité des ministres du conseil de l'Europe cité par Chamoune (2010), « on appelle infection nosocomiale ou infection hospitalière toute maladie contractée à l'hôpital, due à des micro-organismes cliniquement et/ou microbiologiquement reconnaissables » qui affectent :

- soit le malade, du fait de son admission à l'hôpital ou des soins qu'il a reçus en tant que patient hospitalisé ou en traitement ambulatoire,
- soit le personnel hospitalier du fait de son activité.

### **1.1 Le staphylocoque doré**

Le MRSA (Methicilin Resistant Staphylococcus Aureus ou staphylocoque doré résistant à la méthiciline) est une bactérie inoffensive présente chez 30% de la population, principalement sur la peau, dans le nez ou au niveau inguinal. Elle peut devenir nuisible si elle infecte la peau, les plaies, les os, le sang ou si elle atteint une personne dont le système immunitaire est affaibli. La bactérie peut causer des boutons, furoncles ou d'autres problèmes de peau. Ces symptômes peuvent évoluer rapidement en abcès profond et douloureux exigeant un drainage chirurgical. Le staphylocoque doré peut également créer des problèmes plus graves, comme des infections de plaies chirurgicales, des infections du sang, des pneumonies, des douleurs, maux de tête ou fatigue (Massachusetts Department of Public Health, 2006). Il en résulte un risque de complications, des traitements lourds par antibiotiques et une augmentation de la durée de l'hospitalisation. Cette bactérie peut se propager par contact direct ou indirect, par la contamination des mains ou d'objets utilisés dans les soins (Shendi, 2004).

### **1.2 La prévalence**

Les maladies nosocomiales, plus particulièrement les infections aux MRSA, sont une problématique de santé publique. La prévalence des infections aux MRSA en 2007 était de 29% dans le canton de Genève et de 11.3% dans l'ouest de la Suisse (Pittet, 2007). La prévalence des souches de MRSA est notamment en très nette progression dans beaucoup de pays d'Europe depuis la dernière décennie. Selon les résultats du réseau de surveillance EARSS, en 2000, la proportion des souches de staphylocoques dorés



résistants à la méthiciline est passée à 42 % pour l'Italie contre 11,9 % en 1990, 37 % et 36 % pour le Royaume-Uni et l'Espagne contre, respectivement, 1,5 % et 10,1 % en 1990, 22 % pour l'Autriche et la Belgique contre, respectivement, 5 et 4,1 % en 1990 (Pittet, 2004).

### **1.3 Les mesures de prévention**

Le but des autorités sanitaires est d'éradiquer ces infections des différentes structures hospitalières et extrahospitalières et ceci, par diverses mesures. En premier lieu, elles ont pour but d'empêcher la transmission. Elles servent ensuite à ralentir la dissémination et, finalement, à réduire les infections sérieuses. Ces mesures de prévention sont relativement simples et faciles à appliquer : désinfection systématique des mains, port de gants et de blouses, dépistage au début de l'hospitalisation. Il existe également une autre mesure de prévention : l'isolement de contact. Cet isolement est une mesure très restrictive et parfois contraignante pour le patient. Il est utilisé lors d'une infection à un germe multi-résistant, comme le MRSA. Le patient est alors installé dans une chambre à un lit. Lors de chaque soin, le personnel soignant se munit d'une surblouse et de gants, qu'il jette avant de quitter la chambre. Une désinfection systématique des mains est absolument nécessaire. Le matériel (stéthoscope, tensiomètre...) est utilisé pour ce patient uniquement. Les visites sont limitées et il leur est vivement conseillé de ne pas avoir de contacts proches avec le patient sans porter de surblouse et de gants. Idéalement, les examens doivent se faire dans la chambre d'isolement. Si ce n'est pas possible, le patient doit éviter tout contact avec les autres patients hospitalisés (The Leeds Teaching Hospitals, 2007).

## **2. Le vécu de l'isolement**

### **2.1 Pour le patient**

L'isolement social pourrait être décrit comme « un processus de décrochage, qui se traduit par une attitude de repli sur soi et de renfermement au regard des difficultés rencontrées [...]. Il résulte souvent de facteurs conjugués (personnels, sociaux). Ainsi, les situations d'isolement social sont souvent problématiques et échappent à la vision des professionnels par le caractère peu visible de leur réalité » (Groupe Reflex, 2007). Le vécu de l'isolement dépend bien évidemment de chaque personne mais aussi de son parcours de vie. Parfois, les personnes ressentent des émotions contradictoires: le sentiment de sécurité et de protection s'entremêle avec celui de solitude ou d'anxiété.

Chez la personne âgée par exemple, c'est un sentiment de paix mêlé à la peur de la mort qui ressort : « Effectivement [...] une certaine solitude peut être vue comme essentielle et positive [...] Elle est plaidoyer pour l'intériorité, source de vérité pour l'être » (Pitaud, 2004). Mais selon Bernard (1984), « l'isolement est parfois insoutenable, il nous met au bord de l'abîme, jusqu'à nous faire, par instant, souhaiter la mort afin d'en finir avec le vertige. Elle, au moins, est une certitude » (p. 145). En psychiatrie, l'isolement devient mesure thérapeutique. Alors que certains patients le vivent « facilement » car se sentant « protégés », d'autres voient dans cette chambre d'isolement « une prison », « une punition », « une torture muette », « un espace clos angoissant » (Friard, 1998, pp. 173-175).

## **2.2 Pour le soignant**

L'isolement, qu'il soit psychiatrique ou infectieux n'est pas anodin. Il doit être scrupuleusement réévalué par les médecins et les infirmières mais surtout justifié par de solides arguments. Lorsque les conditions ne sont plus réunies, l'isolement doit être levé le plus rapidement possible, afin d'éviter toutes conséquences négatives pour le patient. Mais qu'en est-il des conséquences d'un isolement sur la pratique infirmière plus particulièrement ?

La prévention et le contrôle des infections fait partie intégrante des soins infirmiers. L'isolement de contact est considéré comme l'un des moyens pour les infirmières de contribuer au contrôle de la dissémination des infections (Glover, 2000). Toutefois, les précautions liées à l'isolement de contact peuvent interférer dans la prise en soins du patient. En effet, le port de gants et de surblouse peut biaiser le dialogue avec le patient et limiter la communication verbale et non verbale (Cassidy, 2006).

## **3. Problématique**

Qu'en est-il du vécu des patients en isolement de contact, plus particulièrement ? Un certain nombre de recherches s'est penché sur le sujet : certains patients vivent l'isolement de contact de façon positive ou neutre et expriment, par exemple, un sentiment de sécurité, la possibilité de se reposer, le calme, l'intimité... (Shendi, 2004) ou alors la preuve d'un impact psychologique négatif de l'isolement de contact n'est pas significative (Newton, 2001). Selon Gammon (1999), la revue de la littérature sur les conséquences psychologiques de l'isolement de contact montre une réduction significative du niveau d'interactions sociales et de stimulations sensorielles, une vulnérabilité, de la frustration, une baisse de l'estime de soi et une augmentation du

niveau de dépression. Un certain nombre de recherches montrent également que le niveau d'anxiété et de dépression, chez les patients en isolement de contact, est significativement plus élevé que chez les autres patients, sans différence significative avant l'hospitalisation (Tarzi, 2001, Catalano, 2003, Gammon, 1998, Davies & Rees, 2000).

Afin d'étayer la problématique, il serait pertinent de s'intéresser au vécu des patients en isolement protecteur. A-t-on observé les mêmes conséquences psychologiques que celles relevées plus haut ? L'isolement protecteur, contrairement à l'isolement de contact, protège le patient des infections extérieures. En cas de leucopénie, lors d'une transplantation ou d'une leucémie, le système immunitaire du patient est affaibli. C'est la raison pour laquelle le patient est placé dans une « bulle protectrice », avec flux laminaire où chaque entrée et sortie de personnes ou de matériel est limitée et stérile. La littérature empirique sur le sujet est riche mais malheureusement quelque peu ancienne. Elle révèle pourtant des résultats intéressants : deux études concernant la réponse des enfants à l'isolement protecteur ne démontrent pas de troubles psychologiques relatifs à l'isolement. Si des signes apparaissent, ils semblent liés à la pathologie et non à l'environnement (Kellerman, 1976 et 1979). Selon Wilkins (1988), un tiers des patients interrogés en isolement protecteur montrent un trouble du comportement avec anxiété et agitation. Il est intéressant de remarquer que quatre études mettent en lumière des conséquences psychologiques importantes. Selon Schweigkopfer (1996), la moitié des patients cancéreux montrent des symptômes reliés aux multiples stressors de la maladie mais également dus aux stratégies thérapeutiques comme l'isolement protecteur. Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles d'adaptation avec anxiété et/ou dépression (Sasaki, 2000). Les problèmes psychologiques rapportés incluent l'anxiété, les troubles du sommeil, la régression et la dépression (Kellerman, 1977). Selon O'Connel (1984), anxiété, passivité, désorientation et dépression ont été observées.

Les conséquences psychologiques dues à l'isolement protecteur sont similaires et permettent de entériner la problématique. Au vue des résultats de ces recherches, un problème émerge : l'isolement de contact peut induire un état dépressif chez le patient porteur d'un MRSA.

La dépression est une conséquence de l'isolement de contact qui peut être comparée à un état de crise situationnelle. Selon Wilson et Kneisl (1982), une crise est une situation

dans laquelle les méthodes habituelles pour résoudre des problèmes ou prendre des décisions sont inefficaces. Ces situations sont des points tournants de la vie ou des jonctions existentielles. Une crise en soi est d'une durée limitée : de quelques jours à quelques semaines ; elle suit son cours normal avec ou sans intervention. « Cependant la personne qui traverse seule l'expérience de la crise est vulnérable et a moins de chance de succès que celle qui reçoit de l'aide et, de ce fait, entrevoit une solution possible » (pp. 258-259). Il est important de rajouter que cette crise, induite par la maladie, l'hospitalisation et la mise en isolement de contact sont des grands facteurs de stress pour le patient.

L'accompagnement relationnel que pourra alors offrir le personnel infirmier au patient en isolement devra être personnalisé et tenir compte de son vécu et de ses besoins. Il est donc primordial de travailler en collaboration avec lui afin de définir les actions infirmières à entreprendre.

### **3.1 Question de recherche**

L'intervention de l'infirmière semble indispensable et primordiale afin de traiter l'apparition d'un trouble dépressif mais peut-être avant tout afin de le prévenir. Car les conséquences d'une dépression lors de l'isolement de contact ou même d'une simple hospitalisation ne sont pas anodines : guérison plus lente, augmentation du temps d'hospitalisation, augmentation de la médication, complications... En France, le surcoût économique attribuable aux infections nosocomiales est estimé entre 300 et 800 millions d'euros par an. Le surcoût moyen par patient infecté et par jour est estimé entre 2'500 et 5'000 euros. Ce surcoût est attribuable, en majorité, à l'accroissement de la durée de séjour, qui est en moyenne de 5 jours. La consommation d'antibiotiques représente environ 20% du coût total. Les examens de laboratoire (prélèvements bactériologiques, dosage des antibiotiques) représentent la part restante de 2 à 5% (Chamoune, 2010).

Comme mentionné précédemment, les maladies nosocomiales, plus particulièrement les infections aux MRSA, sont une problématique de santé publique. Leur prévalence est grande dans les diverses structures hospitalières suisses et internationales. Car même si les mesures de prévention, comme la désinfection systématique des mains doivent théoriquement suffire à empêcher la dissémination de la bactérie, ce n'est pas le cas

dans la pratique. La mise en isolement de contact n'est donc pas une mesure exceptionnelle mais ne doit pas être considérée comme banale par l'équipe infirmière.

La dépression est également une problématique de santé publique : Selon l'Office fédéral de la statistique, en 2007, 8% de la population résidente étaient traités pour une dépression (2010). Une personne sur quatre a eu ou aura dans sa vie un diagnostic psychiatrique, 80% de ces diagnostics concernent la dépression (Rubovsky & Warczyk, 2006).

En outre, l'apparition d'un trouble dépressif peut avoir de graves conséquences, non seulement sur l'état du patient et sa guérison, mais également sur son temps d'hospitalisation. Il semble donc très important de se pencher sur les interventions infirmières qui peuvent être mises en place afin de prévenir ce trouble.

*« Dans une perspective d'accompagnement et dans le but de prévenir l'apparition d'un trouble dépressif, quels sont les besoins exprimés par l'adulte porteur d'un MRSA en isolement de contact ? »*

## **3.2 Objectifs**

Cette revue étoffée de la littérature a pour but de définir les besoins des patients porteurs d'un MRSA en isolement de contact afin d'établir une offre en soins pertinente et efficace, pour un accompagnement infirmier de qualité et la prévention de troubles psychiques tels que la dépression. Cette revue définira ensuite des pistes d'actions permettant de prévenir l'apparition de troubles dépressifs. Les résultats seront analysés à l'aide de différents cadres de références explicités ci-dessous.

## **4. Cadres de références**

### **4.1 Concepts en lien avec la question de recherche**

Afin de mieux comprendre la question de cette revue étoffée de la littérature, il est important de définir certains concepts explicites ou sous-jacents.

#### **4.1.1 L'isolement**

Du point de vue sociologique, les termes « isolement » et « solitude » ont souvent été utilisés comme synonymes. Le terme d'isolement social peut être défini comme un manque de réseau, une absence ou une pauvreté de contacts sociaux et peut contenir les dimensions d'isolement résidentiel, d'absence de liens de couple ou encore de pauvreté

des activités qui permettent des contacts et des échanges (Fry, 2000). Contrairement à la solitude qui est un sentiment subjectif, l'isolement est un état de fait objectif et mesurable. Certaines populations sont plus exposées que d'autres au risque d'isolement : les personnes âgées, les immigrés, les personnes avec peu de ressources financières, en mauvaise santé ou encore avec un bas niveau de scolarisation (Gazareth, 2006).

#### **4.1.2 Les besoins**

La notion de besoin a été décrite pour la première fois, par le psychologue humaniste Abraham Maslow, en 1940, dans sa théorie de la motivation. Le concept de besoin est alors vu comme hiérarchique et dynamique (Bare & Smetzler, 2006).

Virginia Henderson a, elle aussi, conceptualiser la notion de besoin quelques années plus tard. Au travers d'un courant de pensée basé sur les soins infirmiers, elle expose sa théorie des 14 besoins, utilisé par les professionnels de la santé. Toutefois, et dans le but d'être concis, ce travail se bornera à expliciter le concept de besoin décrit par Maslow.

« Tous les êtres humains ont en commun des besoins fondamentaux qui doivent être satisfaits. Certains de ces besoins sont plus pressants que d'autres et il faut y répondre en suivant un ordre de priorités. Toutefois, dès qu'un besoin est satisfait, un besoin d'ordre supérieur surgit. Cette notion de besoin prioritaire s'inspire de la hiérarchie des besoins établis par Maslow » (Bare & Smetzler, 2006, pp. 4-5).

Selon Maslow, cité par Bare & Smetzler (2006), les besoins de l'être humain se répartissent de la manière suivante : les besoins physiologiques (respirer, boire, manger...), le besoin de protection et de sécurité (abris, revenu, stabilité familiale...), le besoin d'affection et d'appartenance (amour, amitié, appartenance à un groupe...), le besoin d'estime de soi et de considération (activité valorisante, travail, loisir, objectifs...), le besoin d'actualisation de soi (morale, créativité, résolution des problèmes...). Les besoins d'ordre inférieur ne disparaissent jamais et le fait de chercher à satisfaire des besoins d'ordre supérieur est un signe d'évolution vers la santé psychologique et le bien-être.

#### **4.1.3 La dépression**

Selon Atkinson (1987), l'état dépressif est caractérisé par quatre ensembles de symptômes : les symptômes affectifs, cognitifs, motivationnels et physiques. La tristesse et la mélancolie sont les symptômes affectifs les plus évidents de la dépression et sont souvent accompagnés de la perte de satisfaction ou de plaisir de vivre. Les

activités qui avaient coutume d'apporter des gratifications deviennent ternes, c'est l'anhédonie. Les symptômes cognitifs consistent en des pensées négatives. Les individus perdent l'estime d'eux-mêmes, se sentent impuissants et se blâment de leurs échecs. « Dans les cas de dépression, la motivation est à un bas niveau. Il y a une tendance à la passivité et à la difficulté à s'engager dans toute activité. Les symptômes physiques sont principalement la perte d'appétit, les troubles du sommeil et la fatigue » (pp. 537-538).

#### **4.1.4 La prévention**

La prévention utilise la maladie comme porte d'entrée. Elle s'attache à réduire les facteurs de risques en déterminant les groupes à risque, en utilisant des outils de dépistage et en mettant en place des dispositifs d'informations afin de favoriser une meilleure connaissance (Quinodoz, 2007). Il existe trois types de prévention (Quinodoz, 2007):

- la prévention primaire : s'attache à empêcher l'apparition du trouble
- la prévention secondaire : s'attache à intervenir le plus rapidement possible auprès des individus manifestant les premiers signes de l'apparition du trouble, pour éviter qu'il ne s'aggrave
- la prévention tertiaire : s'attache à favoriser le retour à un niveau de fonctionnement normal, chez les gens ayant déjà développé le trouble

## **4.2 Cadres d'analyse des résultats**

Afin d'analyser les résultats de cette revue étoffée de la littérature, trois cadres théoriques ont été choisis : les fonctions du milieu, les stratégies de coping et l'interactionnisme selon Fornerod. Ces cadres théoriques sont des outils très souvent utilisés dans les soins infirmiers de manière générale, mais aussi dans la prévention de la dépression plus particulièrement. Ils permettront de mettre en exergue les points significatifs des résultats et permettront une approche centrée sur la pratique infirmière.

### **4.2.1 Les fonctions du milieu**

Selon Gunderson (1978), les fonctions du milieu sont cinq processus thérapeutiques qui existent couramment, dans un large éventail de milieu. Un « milieu » est simplement n'importe quel environnement dans lequel vit un patient. « La thérapie de milieu se réfère aux formes de milieux traitants dans lesquels l'environnement lui-même est

reconnu comme un agent thérapeutique actif pour la promotion et pour faciliter les changements positifs dans des directions désignées » (pp 20-23).

Ces cinq processus thérapeutiques sont :

- La contention : elle prévient les agressions, homicides, suicides et restreint les risques de détérioration physique ou d'accidents dangereux chez les patients qui manquent de jugement. Les moyens par lesquels la contention est obtenue sont, par exemples les packs, la solitude, fenêtres et portes fermées.
- Le soutien : il rend le patient plus confortable et en sécurité et lui permet d'être moins angoissé et anxieux. Le soutien comprend tous les efforts conscients du réseau social pour qu'un patient puisse se sentir mieux et induire une meilleure estime de soi. Il peut être donné sous forme de verbalisation visant les fonctions exécutives de l'égo (conseils, directives...) ou sous forme de verbalisation visant à renforcer l'estime de soi (éloges, réassurance...). Le soutien peut également comprendre l'encouragement du patient à s'engager dans une activité dont on sait qu'il possède les capacités pour la réussir.
- La structuration : elle permet au patient de se sentir attaché de manière sécurisante à son environnement, car il ne se sent ni envahi, ni seul. Elle fournit une organisation prévisible du temps, de l'endroit et de la personne, en rendant l'environnement moins vague. Ceci peut se traduire par l'utilisation de contrats, des entretiens réguliers, un contrôle sur le sommeil, l'alimentation et l'hygiène. Comme la fonction précédente, la structuration semble un outil pertinent dans la prise en soins en isolement de contact.
- La mobilisation : elle permet au patient de prendre activement part à son environnement social et aux interactions avec cet environnement. Elle permet d'utiliser et de renforcer l'égo du patient et d'encourager le développement de sentiments de compétences. Les moyens par lesquels la mobilisation peut être favorisée sont, par exemple, les portes ouvertes, l'identification de buts ou d'objectifs, les activités communautaires, la verbalisation des problèmes. Cette fonction peut également servir dans la prise en soins de l'adulte porteur d'un MRSA en isolement de contact.
- La validation : elle permet au patient d'affirmer son individualité. Elle est obtenue en faisant attention à l'individualisation des programmes de traitement et en respectant le droit du patient d'avoir des secrets et d'être seul. Ceci peut se



traduire par de fréquents entretiens, par l'acceptation de l'échec, de l'incompétence et des symptômes comme étant l'expression pleine de sens d'une personne, qui ne doivent pas être arrêtés ou ignorés.

#### **4.2.2 Le coping**

Selon Lazarus & Lainier (1978), « le coping est l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique » (p. 287).

Il existe trois types de stratégies de coping (Ribes, 2005):

- Le coping centré sur le problème: qui se traduit par l'action. Il est pertinent pour réduire l'anxiété si l'événement est réellement contrôlable (élaboration d'un plan d'action, bilan des ressources, recherche d'informations...). Ces stratégies peuvent être élaborées avec l'aide de l'infirmière.
- Le coping centré sur l'émotion : qui se traduit par la réflexion. Il est pertinent pour réduire l'anxiété si l'événement est réellement incontrôlable (positiver, relativiser, exprimer ses problèmes...). Mais cette stratégie peut également glisser vers l'auto-accusation, l'évitement émotionnel ou l'évitement comportemental et cognitif. L'infirmière a donc un grand rôle à jouer dans l'observation des comportements d'évitement du patient.
- La recherche de soutien social qui possède trois composantes : l'intimité affective et l'empathie (personne à qui parler dans une atmosphère de compréhension), une aide matérielle ou des services, l'apport d'informations et de conseils. L'infirmière peut faire figure de soutien social surtout si le patient, non seulement isolé physiquement, se retrouve isolé socialement.

#### **4.2.3 L'interactionnisme selon Fornerod**

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). L'interactionnisme considère la relation infirmière-patient comme un objet du travail commun, dans un contexte de moyens inégaux mais avec l'existence de moyens complémentaires de part et d'autre. La communication étroite est vue comme un processus interactif de construction de sens, dans un contexte donné.

Les principes de la communication interactionniste (Fornerod, 2007) :

- Le contexte : cadre dans lequel s'élabore la construction du sens, mais aussi lieu de représentations, de normes, de règles, de modèles, de rituels...
- La co-construction du sens : s'élabore sous l'influence du contexte par l'interprétation des messages, influencés par les personnalités des actants mais aussi par leurs différentes cultures, milieux sociaux.
- Le contrat communicationnel : la communication suppose un contrat de coopération entre les deux actants.
- Les canaux de la communication :
  - la proxémie : distance entre les actants (publique, sociale, personnelle, intime)
  - la gestuelle : apparence générale, posture, gestes...
  - le para-verbal : hauteur et intensité de la voix, débit et rythmes des paroles...
  - le langage : axe sémantique et syntaxique
- Les principes de communication :
  - L'énonciation en 1<sup>ère</sup> personne : permet de se situer par rapport à l'autre, avec sa propre identité.
  - Le principe de coopération : structurée en quatre règles (quantité, qualité, relation, modalité)
  - Le principe de méta-communication : échanges constants à propos de la communication elle-même
- Les attitudes rogériennes :
  - l'empathie
  - le respect chaleureux
  - l'authenticité et la congruence
  - l'acceptation positive inconditionnelle
  - l'immédiateté.

## 5. Méthodologie

Le choix d'une revue étoffée de littérature comme devis du Bachelor Thesis peut s'expliquer de plusieurs manières. Une revue de la littérature est un résumé de l'état des connaissances sur un problème de recherche. Elle fait le bilan des connaissances sur un sujet digne d'intérêt pour la pratique infirmière, comme l'isolement de contact et ses répercussions, souligne ce qui a été étudié jusqu'à présent, montre la pertinence et la

fiabilité des études entreprises ainsi que les lacunes qui subsistent dans les travaux menés à ce jour (Loiselle, 2007, p. 123).

De cette définition, il est possible d'en tirer les avantages : la revue étoffée de littérature est un devis adapté aux novices puisqu'elle permet de profiter des recherches déjà publiées. En outre, elle ouvre de nouvelles perspectives et invite à la discussion et à la mise en exergue de nouvelles problématiques. Elle sollicite également des compétences spécifiques, importantes dans la profession d'infirmière afin d'utiliser ces mêmes recherches et d'en faire la critique.

Afin d'être en mesure de répondre à la question de ce travail (à savoir : « *Dans une perspective d'accompagnement et dans le but de prévenir l'apparition d'un trouble dépressif, quels sont les besoins exprimés par l'adulte porteur d'un MRSA en isolement de contact ?* »), une recherche littéraire a été menée sur les banques de données suivantes, entre juin 2009 et juin 2010.

- PubMed/Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- Google ([www.google.com](http://www.google.com))

## **5.1 Critères d'inclusion**

Afin d'être le plus pertinent possible, des critères d'inclusion ont été définis :

- Langue française, allemande ou anglaise.
- Aucune limite de date n'a été fixée. En effet, l'isolement de contact se base sur des connaissances depuis longtemps établies.
- Les perceptions et les besoins des patients en isolement de contact devaient être décrits.
- Les articles devaient être basés sur des adultes et personnes âgées, atteints d'un staphylocoque doré. L'âge minimum est porté à 18ans. En effet, la problématique de l'isolement en pédiatrie englobe des éléments spécifiques au développement de l'enfant, qui nécessiterait un autre travail.

## **5.2 Critères d'exclusion**

- Les études portant sur l'isolement protecteur ont été éliminées car la problématique englobe des éléments complexes, en lien avec la maladie cancéreuse.
- Population enfantine

La littérature concernant l'impact psychologique et les besoins des personnes en isolement protecteur est dense, surtout dans la population infantine. En ce qui concerne l'isolement de contact chez une population adulte, les recherches ont été plus difficiles à trouver, bien qu'il en existe un certain nombre

### **5.3 Résultats des stratégies de recherche**

Les chapitres ci-dessous illustrent les différentes stratégies de recherche qui ont permis l'obtention de 15 études, répondant à la question de ce travail. Différentes combinaisons de mots-clés ont été utilisées principalement dans le moteur de recherche PubMed. La fonction de liens entre les recherches (Related Articles) de PubMed a été utilisée, ainsi que l'introduction de mots-clés dans une recherche par titre.

#### **5.3.1 Stratégie 1**

("Cross Infection"[Mesh]) AND ("Patient Isolation/adverse effects"[Mesh] OR "Patient Isolation/nursing"[Mesh] OR "Patient Isolation/psychology"[Mesh])

Résultats : 37 articles dont les suivants ont été retenus :

- Hass, SB. & Schwarzenbach, H. (2003)
- Madeo, M. (2003)
- Ward, D. (2000)

#### **5.3.2 Stratégie 2**

"Patient Satisfaction"[Mesh] AND "Cross Infection"[Mesh]

Résultats: 43 articles dont le suivant a été retenu:

- Stelfox, HT., Bates, DW. & Redelmeier, DA. (2003)

#### **5.3.3 Stratégie 3**

"Patient Isolation/psychology"[Mesh] AND "Patient Satisfaction"[Mesh]

Résultats : 11 articles dont les suivants ont été retenus :

- Bilker, WB., Fishman, NO., Gasink, LB., Holmes, WC., Lautenbach, E., Singer, K. & Weiner, MG. (2008).
- Birchall, C., Davies, HR., Price, J. & Rees, J. (2008)

#### **5.3.4 Stratégie 4**

Patient's[All Fields] AND experiences[All Fields] AND ("Source Notes Hist Art"[Journal] OR "source"[All Fields]) AND ("isolation and purification"[Subheading]

OR ("isolation"[All Fields] AND "purification"[All Fields]) OR "isolation and purification"[All Fields] OR "isolation"[All Fields])

Résultats: 3 articles dont le suivant a été retenu:

- Hellström, L., Sjöström, HT. & Skyman, E. (2010).

### **5.3.5 Stratégie 5**

Articles associés (Related articles)

Résultats : 169 articles dont les suivants ont été retenus :

- Constable, D., Newton, JT. & Senior, V. (2001).
- Hartmann, C. (2006).
- Knowles, HE. (1993).
- Gammon, J. (1999).

### **5.3.6 Stratégie 6**

"Stress, Psychological"[Mesh] AND ("Patient Isolation/nursing"[Mesh] OR "Patient Isolation/psychology"[Mesh])

Résultats : 18 articles dont le suivant a été retenu :

- Gammon, J. (1998).

### **5.3.7 Stratégie 7**

"experience" AND "patient" AND "MRSA"

Résultats: 358'000 résultats dont une étude retenue:

- MacDonald, P. (2008)

Les stratégies de mots-clés n'ont pas pu être retrouvées pour les deux études suivantes :

- Bellemare D. & Shendi, H. (2004)
- Julien, F. & Sanchis, AM. (2005)

## **6. Résultats**

Après l'analyse des 15 études trouvées sur PubMed, 5 besoins ont pu être dégagés :

- Le besoin d'informations.
- Le besoin d'activités.
- Le besoin d'aménagement de la chambre et de structuration de la journée.
- Le besoin de soutien, écoute et communication avec le personnel.
- Le besoin de contacts avec les proches et les autres patients.

Chaque besoin va être traité séparément dans les chapitres ci-dessous.

### **6.1 Le besoin d'informations**

La plupart des études trouvées relèvent que beaucoup de patients manquent d'informations écrites et orales. La nature de ces informations et le moment opportun auquel elles devraient être transmises n'est pas toujours indiqué. Selon Ward (2000), dès l'admission, les patients ont besoin d'informations quant aux procédures d'isolement et à la maladie sous-jacente, ou au sujet du mode de transmission de la bactérie, du traitement entrepris et de la durée de l'isolement (Bellemare & Shendi, 2004). Selon Birchall, Davies, Price & Rees (2000), les informations quant à l'efficacité des traitements en cours et à l'évolution de la situation sont un facteur significatif de satisfaction. Dans l'étude effectuée par Constable, Newton et Senior (2001), très peu de patients comprenaient le but de l'isolement de contact. Les auteurs relèvent que la difficulté de comprendre les MRSA réside également dans l'absence de symptômes. Cela provoque une diminution de la compliance du patient dans les procédures de contrôle des infections. De plus, le fait que certains professionnels ne suivent pas ces procédures renforce encore l'incompréhension.

Un grand nombre de proches des patients déplorent également le manque d'informations transmises. Cela provoque de l'anxiété et de la peur chez les visites, qui sont effrayées et hésitent à se rendre à l'hôpital (Gammon, 1998), ceci au détriment du bien-être du patient. Parfois, le principe même de l'isolement infectieux et du port de gants et de surblouse n'est pas compris par le patient, qui le voit comme une mesure de protection pour sa propre santé (Bilker et al. 2008; Julien & Sanchis, 2005). Selon Hass & Schwarzenbach (2003), les patients hésitent à poser des questions aux soignants pensant qu'ils ont suffisamment de travail et ne voulant pas les importuner. Selon MacDonald (2008), beaucoup de patient voudraient davantage d'informations mais

jugent que le personnel infirmier n'est pas à même de les leur fournir. Il leur semble que même les professionnels n'ont pas les connaissances suffisantes afin de les aviser correctement. Les patients, n'ayant pas reçu les informations dont ils ont besoin, utilisent parfois Internet afin d'avoir des réponses, qui peuvent être erronées ou tomber dans le sensationnel (Ibid., 2008). Gammon (1999) note que l'infection est effrayante pour le patient et ses proches mais également pour l'infirmière. Cette peur est souvent générée par l'inconnu.

Plusieurs études mettent en exergue la nécessité de faire intervenir des conseillères en hygiène hospitalière, afin de répondre aux interrogations des patients mais également de l'équipe soignante (Hass & Schwarzenbach, 2003 ; Madeo, 2003). Selon Hellström, Sjöström & Skyman (2010), il est primordial que le personnel soignant acquière de solides connaissances quant aux MRSA et à toute la problématique qu'il implique ; cette conscience accrue permettra à tous de se sentir en sécurité et d'atténuer le sentiment de peur. Car donner des informations adéquates permet de diminuer le stress et l'anxiété, de développer des stratégies de coping et d'obtenir une meilleure compliance (Madeo, 2003). Selon Constable, Newton & Senior (2001), la compréhension de l'infection aux MRSA et des procédures d'isolement est un élément significatif de la compliance du patient.

## **6.2 Le besoin d'activités**

Le besoin d'activité est mis en lumière dans cinq des articles trouvés. Selon Gammon (1999), le manque de contrôle sur les activités de la vie quotidienne est une problématique exprimée par certains patients. Ceci peut favoriser la passivité voire la dépendance du patient face à son isolement. Ce dernier exprime le besoin de stimulation durant la journée, par l'accès facilité à la télévision, à la radio ou à différents magazines et journaux (Madeo, 2003 ; Knowles, 1993). Selon Birchall, Davies, Price & Rees (2000), l'accès au téléphone et à la télévision est un besoin pour tous les patients ainsi que pour leurs proches. Selon Ward (2000), le patient qui a accès aux médias se sent moins isolé, en contact avec le monde extérieur.

## **6.3 Le besoin d'aménagement de la chambre et de structuration de la journée**

La moitié des études retenues relève différents besoins quant à l'aménagement de la chambre et à la structuration de la journée. En effet, certains patients se sentent

confinés, emprisonnés. Une certaine frustration peut être ressentie par rapport à l'environnement physique limité (Knowles, 1993).

Les patients demandent une meilleure vue sur le monde extérieur. Malheureusement, cette dernière est souvent très limitée car la fenêtre est trop haute pour quelqu'un d'alité (Knowles, 1993). Selon Ward (2000), avoir une jolie vue permet de réduire le sentiment de confinement. Les patients souhaitent pouvoir aménager la chambre selon leur goûts, afin de rendre l'environnement plus familier (Birshall, Davies, Price & Rees, 2000 ; Madeo, 2003 ; Knowles, 1993). Selon Gammon (1999), des choix simples, comme le placement des meubles, l'ouverture des stores ou la décoration des murs peuvent faciliter les stratégies d'adaptation, pour faire face à l'isolement. La propreté de la chambre est également un besoin important pour certains patients ainsi que pour leurs proches (Birshall, Davies, Price & Rees, 2000 ; Hartmann, 2006). Dans l'isolement de contact, la chambre devient le lieu de vie du patient, là où la majorité de ses activités se déroule. Selon Hartmann (2006), il est donc nécessaire que la chambre possède un lavabo et des toilettes. Deux auteurs soulignent un aspect intéressant : souvent, la chambre d'isolement se trouve en retrait des autres ou éloignée des bureaux infirmiers, ce qui accentue encore le sentiment de solitude ressenti par les patients (Madeo, 2003 ; Knowles, 1993).

Certains patients ressentent le besoin d'être en chambre commune, mais cet avis n'est pas univoque. Selon les recommandations de Ward (2000), il faudrait privilégier des chambres communes. Les patients apprécient d'avoir une chambre pour eux seuls mais ils déplorent le manque de contacts avec les autres patients car il est décrit comme une source de confort (Hass & Schwarzenbach, 2003 ; Knowles, 1993). Selon Hartmann (2006), le compagnon de chambre est agréable, mais l'isolement peut durer des semaines, l'intimité devient alors difficile.

La structuration de la journée est également un besoin pour certains patients. Selon Gammon (1999), un contexte structuré comme des temps de repos ou d'éveil sont importants dans le maintien d'un sentiment de contrôle ; tout comme l'aménagement de la chambre, la structuration peut faciliter les stratégies d'adaptation du patient. Le besoin d'une alimentation variée revient dans trois études. Selon Ward (2000), manger a une grande importance psychologique. Les horaires des repas doivent être flexibles afin de laisser au patient en long séjour, la possibilité de s'organiser comme il le veut. Le choix et la présentation des menus doivent être variés (Birshall, Davies, Price & Rees, 2000 ; MacDonald, 2008). La structuration de la journée apparaît également au travers



de l'équipe soignante. Selon Hass & Schwarzenbach (2003), l'attente est ressentie comme pénible par les patients. Ces derniers apprécient que les soignants leur expliquent le déroulement de la journée et les moments où ils reviendront les voir. Selon Bellemare & Shendi (2004), les patients isolés, afin de faciliter leur adaptation, utilisent des stratégies telles que séparer la journée en diverses activités ou au contraire, ne la planifient pas.

#### **6.4 Le besoin de soutien, écoute et communication avec le personnel**

Une grande majorité des études retenues évoque un manque de soutien, d'écoute de communication de la part du personnel soignant et médical. Selon Hass & Schwarzenbach (2003), les patients, comme leurs proches, vivent durant l'isolement une grande charge émotionnelle qui peut être diminuée par la communication. Les mêmes auteurs soulignent des sentiments de frustration et de solitude vécus par le patient, qui sont renforcés lorsque ce dernier n'a personne à qui parler ou qu'il n'est pas assez stimulé. L'un des éléments les plus importants pour beaucoup de patients et leurs proches est le contact régulier avec les professionnels, afin d'augmenter le lien de confiance entre les deux parties (Birshall, Davies, Price & Rees, 2000 ; Hartmann, 2006). Les médecins ne parlent pas suffisamment, et lorsqu'ils le font, les patients ne comprennent rien (Ward, 2000). Lorsque les médecins et les infirmières prennent le temps, les patients se sentent davantage en confiance et ont des sentiments plus positifs (Hartmann, 2006). Birshall, Davies, Price & Rees (2000), mettent en lumière un élément intéressant: un lien inversement proportionnel existe entre la confiance du patient en l'équipe soignante et le niveau de dépression. Selon Ward (2000), les patients ont besoin que les infirmières et les médecins prennent davantage de temps pour discuter; l'empathie, la chaleur et la compréhension sont très importantes.

Selon Knowles (1993), le contact doit souvent être initié par le patient. De plus, il arrive souvent que le patient doive attendre longtemps la visite de l'infirmière, après avoir sonné. Cela induit de la colère, un sentiment d'insignifiance et de l'anxiété. Les patients voudraient pouvoir discuter avec quelqu'un d'extérieur ce qui parfois ne se fait pas tant qu'ils sont en isolement. Toujours selon Knowles (1993), le contact avec les autres a une grande importance pour tous les patients. Tous étaient frustrés par l'environnement physique et par le manque de réponse du personnel. Selon Collins et al. (1989), cité par Gammon (1999), la présence de soutien par le biais de professionnels l'emporte sur les inconvénients d'être socialement, physiquement et psychologiquement isolé. Selon

Madeo (2003), les patients ont besoin de visites fréquentes des infirmières. Cet auteur souligne que l'isolement de contact peut provoquer solitude, dépression et sentiment de stigmatisation qui est vu par le patient comme pouvant affecter l'attitude des soignants et de leurs soins.

Selon Stelfox, Bates & Redelmeier (2003), les infirmières ont tendance à être moins scrupuleuses avec les patients en isolement de contact, les dossiers de soins sont moins bien tenus, les observations infirmières manquent. De plus, les auteurs mettent en exergue le fait que les patients ont besoin qu'on leur accorde suffisamment de temps. Les visites doivent être régulières mais courtes afin que le patient sente qu'il n'est pas oublié.

Selon Coxon (1989), cité par Gammon (1998), les patients sont souvent réfractaires à exprimer des éléments de leur vie aux infirmières et inversement. De plus, les infirmières ne donnent pas beaucoup d'informations ou sont peu présentes à cause d'un manque de connaissances. Elles limitent donc les dialogues, car elles ont peur de ne pas pouvoir répondre aux questions.

Selon MacDonald (2008), certains patients mentionnent que depuis leur mise en isolement, certains membres du personnel les évitent de peur d'attraper la bactérie ou alors se comportent différemment. Les patients, afin de faciliter leur expérience de l'isolement, ont besoin de garder le contact avec les professionnels (Bellemare & Shendi, 2004). Selon Hellström, Sjöström & Skyman (2010), les patients ont besoin que quelqu'un s'intéresse à leur situation et à qui ils puissent exprimer leurs sentiments, quelqu'un qui écoute vraiment afin de gérer leurs émotions.

## **6.5 Le besoin de contacts avec les proches et les autres patients**

Près de la moitié des études retenues mettent en lumière le besoin de contacts avec les proches ou les autres patients. Selon Bellemare & Shendi (2004), les patients isolés ressentent le besoin de maintenir le contact avec les amis et la famille afin de faciliter leur adaptation et leur expérience de l'isolement. En effet, la recherche de soutien social est une stratégie d'adaptation souvent utilisée par les patients. Selon MacDonald (2008), le soutien social permet aux patients d'augmenter leur confort. Avoir accès à un soutien et de l'aide de la part des proches leur a permis de ne pas se sentir seuls. Madeo (2003) confirme ce besoin et suggère, dans son étude, que les visites soient régulières et espacées. Les patients ont besoin de visites régulières, avec des horaires flexibles et des contacts téléphoniques. Les proches sont très importants pour les patients et sont

souvent le seul contact avec le monde extérieur et la seule distraction (Hartmann, 2006). Selon Hass & Schwarzenbach, les contacts sociaux se limitent souvent à la famille proche. Celle-ci joue un rôle très important mais ne peut pas combler complètement le manque de contacts sociaux. Les proches sont souvent eux-mêmes impuissants et angoissés. Ils ont eux aussi besoin de discuter de la situation car ils vivent également le stress de l'isolement. Selon Ward (2000), tous les patients ont besoin de visites et leur accordent une grande importance afin de limiter la solitude et l'ennui. L'auteur déplore également le manque d'informations données aux proches qui ont souvent peur de venir. Les proches réagissent parfois avec une certaine réserve dans les contacts sociaux et corporels parce qu'ils ne savent pas comment agir ; ils ont peur d'être infectés (Hellström, Sjöström & Skyman, 2010).

Beaucoup de patients ressentent le besoin de partager leur expérience avec d'autres patients. Ce manque est parfois pallié par l'utilisation de groupes de parole (MacDonald, 2008). Selon Ward (2000), les patients expriment le besoin d'être en contact avec les autres patients afin de prévenir la solitude et l'ennui. Les autres patients sont vus comme source de compagnie et de confort.

## **7. Discussion**

Ce travail porte sur les besoins exprimés par les patients en isolement de contact, souffrant d'une infection aux MRSA et sur la difficulté d'assurer des prestations infirmières de qualité dans un contexte contraignant qu'est celui de l'isolement. La revue de la littérature a été entreprise afin de mieux appréhender cette problématique mais également afin de mettre en exergue les interventions infirmières capables de prévenir l'apparition de troubles dépressifs chez le patient en isolement de contact.

La discussion qui suit portera tout d'abord sur une critique des études retenues puis sur une critique de leurs résultats. Finalement, ces derniers seront analysés à l'aide des trois cadres de référence choisis.

### **7.1 Analyse des études**

Un total de quinze études a été analysé pour la construction de cette revue de la littérature. Dix d'entre elles présentent un devis qualitatif, utilisant des interviews semi-structurées et une méthode descriptive ou phénoménologique. Trois revues de la littérature ont été utilisées ainsi que trois études présentant un devis quantitatif de type quasi-expérimental et une étude épidémiologique (Julien & Sanchis, 2005). Pour le choix des études, la priorité a été donnée à la méthode ainsi qu'au setting (adultes en isolement de contact). La majorité des études retenues est donc de type qualitatif. Selon l'auteur, ce devis permet un aperçu des expériences et des perceptions des patients questionnés, tout en générant des idées et des hypothèses. Ce devis est donc tout à fait pertinent pour la question de recherche de ce présent travail.

Les revues de la littérature utilisées recouvrent 48 études (le nombre de participants n'a pu être établi) et les études de type qualitative et quantitative 557 patients. Deux travaux de recherche se sont également penchés sur l'expérience de 8 infirmières et de celle de proches (Birshall, Davies, Price & Rees, 2000 ; Knowles, 1993) mais cette dernière population n'a pas pu être comptabilisée car le nombre n'en était pas précisé. Dans la majorité des études, les participants ont signé un formulaire de consentement, garantissant l'anonymat. De plus, plusieurs recherches signalent que leurs démarches ont été approuvées par un comité d'éthique. Ainsi, les recommandations éthiques ont été respectées pour l'élaboration de ce travail.

Les études retenues pour ce travail couvrent une période de 17 ans ; la plus récente date de 2010, la plus ancienne de 1993. Les résultats de cette dernière étude (Knowles, 1993) ne sont en rien vétustes. En effet, la problématique des infections à bactéries multi-résistantes est connue depuis de nombreuses années et les procédures de contrôle des infections le sont également, les principes de base restent d'actualité. De plus, il est intéressant de comparer les expériences des patients durant les deux dernières décennies afin de voir si les besoins ont évolué et où se situent les progrès et les lacunes.

Les études répondant le mieux à la question de cette revue sont au nombre de onze et portent sur l'expérience vécue ou la satisfaction des patients, porteurs d'un MRSA, en isolement de contact. Dans ces études, les participants relèvent de façon spontanée leurs besoins face à l'isolement (informations, visites, contacts avec le personnel, qualité de la communication) et les manques auxquels ils ont été confrontés. Elles mettent également en lumière, des suggestions et des pistes de réflexions pour la pratique. Toutefois, dans leur étude quantitative, Stelfox, Bates & Redelmeier (2003), les besoins ne sont pas explicites mais peuvent être déduits des résultats trouvés. De plus, une des études (Julien & Sanchis, 2005) ne s'intéresse, de façon succincte, qu'à la qualité des informations reçues par le patient. Il est important de relever également que l'étude comporte très peu d'éléments sur le setting et ne possède pas de bibliographie ; sa qualité est moindre.

Ensuite, trois études, dont deux revues de la littérature, ont des questions de recherche semblables : quels sont les effets de l'isolement de contact chez l'adulte porteur d'un MRSA ? Dans ces études, ce sont les impacts de l'isolement qui sont au premier plan mais les besoins sont implicites.

Finalement, une étude (Ward, 2000) a pour but de déterminer ce qui pourrait réduire les effets psychologiques négatifs de l'isolement de contact. C'est la seule étude qui s'attarde plus précisément sur le rôle infirmier. Elle met tout d'abord en évidence les éléments auxquels les patients accordent une grande importance comme les informations, les visites ou encore la communication avec le personnel. Elle suggère ensuite des pistes de changements pour finir par donner des recommandations pratiques pour le rôle infirmier.

A la connaissance de l'auteur, l'étude de Ward (2000) est la seule consacrée au thème spécifique du rôle infirmier dans la prise en soins des patients porteurs d'un MRSA en

isolement de contact, bien que de nombreuses suggestions soient présentes dans d'autres études. Ce manque est particulièrement étonnant dans un contexte où les maladies nosocomiales sont un véritable problème de santé publique et alors que la preuve des nombreux effets psychologiques négatifs de l'isolement a été apportée. De plus, aucune étude ne s'est penchée sur la prévention des effets psychologiques négatifs de l'isolement. L'auteur ainsi que d'autres chercheurs déplorent un tel manque surtout au vu des nombreuses études mettant en exergue les différents besoins des patients en isolement de contact (Constable, Newton & Senior, 2001 ; Bilker et al. 2008 ; Gammon, 1998 ; Gammon, 1999 ; Ward, 2000).

## **7.2 Analyse des résultats**

En référence à la question de recherche, cinq besoins ont été mis en évidence dans les résultats des études retenues: le besoin d'informations, le besoin d'activités, le besoin d'aménagement de la chambre et de structuration de la journée, le besoin de soutien, écoute et communication avec le personnel et le besoin de contacts avec les proches et les autres patients. Afin d'effectuer une analyse fine, chaque besoin sera éclairé à l'aide des cadres de référence choisis (les fonctions du milieu, le coping et l'interactionnisme).

### *Le besoin d'informations*

Le besoin d'informations est très important à prendre en considération car les patients ont souvent peu de connaissances sur le MRSA et l'isolement de contact (Bellemare & Shendi, 2004). Selon Ward (2000), un grand nombre d'études a montré qu'une bonne information peut réduire considérablement l'anxiété.

Selon Hass & Schwarzenbach (2003), les patients, comme leurs proches, vivent durant l'isolement une charge émotionnelle qui peut être comparée à un stress. « Le stress peut être vu comme une transaction entre la personne et son environnement, dans laquelle la situation est évaluée par le patient comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être » (Lazarus et Folkman, 1984, cité par De Reyff, 2003, p. 3). Le patient va alors élaborer des stratégies pour faire face à l'événement, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien être. Il va rechercher des stratégies de coping.

Selon Constable, Newton & Senior (2001), la perception des patients quant aux causes et aux conséquences de leur maladie est un élément primordial des ajustements

émotionnels et comportementaux face à la maladie. Afin de gérer la situation perçue comme stressante, le patient a besoin d'informations. Cette recherche d'informations peut être assimilée à une stratégie de coping centrée sur le problème, correspondant aux efforts cognitifs et comportementaux du patient pour modifier la situation (De Reyff, 2003). Le moment opportun et la nature des informations dont le patient a besoin ne sont pas toujours précisés, mais selon Ward (2000), le patient doit recevoir des informations écrites et orales dès son admission et tout au long de son séjour. La recherche d'informations concerne tous les aspects d'un problème, ce qui offre une perspective élargie et peut renforcer la maîtrise de soi du patient. « Il acquiert de nouvelles méthodes, de nouvelles habiletés, augmentant ainsi son estime de soi et sa maîtrise de soi » (Jaffe & Skidmore-Roth, 1996, p. 326).

Pourtant, la réaction d'une personne à un événement stressant dépend des ressources dont elle dispose au moment où il se produit (Jaffe & Skidmore-Roth, 1996). Le patient doit donc pouvoir compter sur les infirmières et leur diligence à répondre à ses interrogations. Il doit sentir que le personnel infirmier possède toutes les connaissances nécessaires pour lui fournir ce dont il a besoin. Selon Bilker et al. (2008), les hôpitaux devraient prendre des mesures pour veiller à ce que tous les patients soient bien informés sur la spécificité de leur hospitalisation et des soins médicaux. C'est à cette seule condition que le patient pourra s'adapter à l'isolement de contact et à la situation perçue comme stressante.

Les différents impacts négatifs pouvant surgir lors d'un isolement (anxiété, solitude, dépression...) peuvent être vus comme des caractéristiques essentielles ou secondaires de stratégies d'adaptation individuelles inefficaces. L'apparition d'une dépression réactionnelle est une réponse à un agent stressant particulier. Les symptômes sont reliés au chagrin et à l'anxiété, l'activité motrice et cognitive est diminuée mais l'événement déclenchant est reconnu. Le patient n'est plus capable, malgré ses efforts cognitifs et comportementaux, de gérer les demandes. Plusieurs facteurs rentrent en ligne de compte (Jaffe & Skidmore-Roth, 1996) ; ceux liés à la maladie, comme une plaie infectée, ceux liés au contexte intrinsèque ou extrinsèque, comme une insuffisance des ressources psychologiques, un sentiment d'impuissance, ou ceux liés au traitement, comme la séparation avec la famille. Tous ces éléments sont des facteurs d'influence qui peuvent

amener le patient à un diagnostic infirmier de stratégie d'adaptation individuelle inefficace.

L'infirmière a un grand rôle à jouer comme « source d'information » dans l'accompagnement du patient en isolement de contact afin de l'aider à développer des stratégies d'adaptation efficaces et afin de prévenir l'apparition de troubles psychiques comme la dépression. Premièrement, l'infirmière doit évaluer les facteurs qui pourraient influencer les stratégies de coping du patient. Elle doit être attentive aux ressources psychologiques et comportementales de la personne mais également à son locus de contrôle<sup>1</sup>.

Selon Bellemare & Shendi (2004), l'infirmière doit évaluer les réactions du patient face à l'isolement, combler le manque d'informations et évaluer ses réponses aux facteurs de stress. Selon Collins et al (1989), cité par Gammon (1999), donner les informations dont le patient a besoin lui permettrait de prendre le contrôle dans l'isolement et de faciliter des stratégies d'adaptation efficaces. Selon les résultats des études retenues, les informations doivent être transmises au patient et à ses proches de manière écrite et orale, dès l'admission et tout au long du séjour. Elles doivent être concrètes et adaptées au niveau de langage des interlocuteurs et individualisées suivant les demandes des patients et de leurs proches.

### *Le besoin d'activités*

Comme relevé dans les résultats des études analysées, certains patients expriment le besoin d'avoir accès aux médias comme la télévision, la radio ou encore les journaux. Cette recherche d'occupations est également une stratégie d'adaptation, mais au contraire de la recherche d'informations, elle est centrée sur l'émotion. Le coping centré sur l'émotion est un coping évitant ou passif qui comprend les tentatives du patient pour gérer la tension émotionnelle induite par la situation (Lazarus & Folkman, 1984, cités par De Reyff, 2003). Le patient ressent le besoin de s'évader de la situation qu'il ressent comme stressante et l'ouverture sur le monde lui permet sans doute de se sentir moins isolé. Il est toutefois important que l'infirmière reste vigilante afin que cette stratégie

---

<sup>1</sup> « Le locus de contrôle se rapporte à l'impression d'avoir en soi ou non la possibilité de contrôler l'issue de la tâche de ses actions, efforts ou capacités. Il peut être externe lorsque le patient se dit victime des circonstances ou interne lorsque le patient possède en lui la possibilité de contrôler l'issue du problème » (Lazarus & Folkman, 1984, cités par De Reyff, 2003, p. 4).



d'adaptation ne se transforme pas en évitement émotionnel, comportemental ou cognitif.

Selon Gammon (1999), les patients expriment le besoin de stimulation qui est, semble-t-il, satisfait avec l'accès aux médias. Il est étonnant que cet élément soit le seul qui ressorte. En effet, d'autres activités peuvent également stimuler le patient comme des séances d'ergothérapie, de thérapie par les animaux ou encore de musicothérapie. De plus, ces thérapies permettent un contact particulier avec un professionnel de la santé qui peut devenir un véritable soutien social pour le patient. Pourtant, aucun de ces éléments n'a été mentionné par les patients. Plusieurs hypothèses peuvent être émises : il n'y a pas d'indication à la mise en place de telles thérapies, le patient ne les connaît pas ou l'institution ne favorise pas l'utilisation de « thérapies occupationnelles ».

Pourtant, selon Madeo (2003), la thérapie par les animaux semble avoir des effets bénéfiques et devrait être discutée en équipe. Mais l'auteur ne mentionne pas dans quelles circonstances une telle affirmation a été vérifiée. Selon une étude traitant de l'isolement protecteur, la thérapie par l'imagerie et la musique permettrait de diminuer les impacts négatifs ressentis par le patient (Hayashi et al. 2009). Cette thérapie utilise la musique afin de créer un environnement dans lequel le patient peut expérimenter une réflexion, afin de trouver des réponses aux éléments stressants. Elle permet d'intégrer les expériences passées aux objectifs que se fixe le patient et permet à ses émotions d'être reconnues (Brewer, s.d.).

#### *Le besoin d'aménagement de la chambre et de structuration de la journée*

Le besoin d'aménagement de la chambre et de structuration de la journée exprimé par certains patients en isolement de contact, renvoie au contexte dans lequel ces derniers évoluent. Le contexte peut être défini comme « le cadre dans lequel s'élabore la construction du sens, mais aussi comme le lieu de représentations, de normes, de règles, de modèles ou de rituels » (Fornerod, 2007, p. 1).

Selon Hellström, Sjöström & Skyman (2010), les patients se sentent exclus, confinés et tenus à l'écart des autres patients. Selon Knowles (1993), ils se sentent confinés, emprisonnés en réponse à l'environnement physique dans lequel ils évoluent. La chambre individuelle, loin d'être un sanctuaire, peut devenir une cellule de prison pour le patient infecté (Bennett, 1983, cité par Gammon, 1999). Le patient porteur d'un

MRSA, en isolement de contact évolue donc dans un contexte très particulier sur lequel il a peu de pouvoir. Il ne peut pas sortir, les visites sont restreintes et le port de surblouse et de gants est obligatoire. De plus, la durée d'un isolement de contact peut être de quelques jours à plusieurs semaines.

Le besoin d'aménagement de la chambre et de structuration de la journée est lié à la volonté du patient « d'appriivoiser » le contexte dans lequel il évolue, de transformer le non familier en familier. Parce que la co-construction du sens est influencée par le contexte et afin que la communication puisse s'effectuer de manière optimale entre le patient et l'infirmière, la chambre peut devenir le miroir des représentations, normes et modèles du patient isolé. Il y dépose des objets personnels, auxquels il attache une importance et une signification particulière. Il établit un plan, organise un emploi du temps afin de garder le pouvoir sur une situation qui lui échappe.

Cette familiarité avec le temps et l'espace rassure, structure, mobilise. Le milieu dans lequel vit le patient peut alors devenir thérapeutique. Selon Gunderson (1978), l'impact thérapeutique du milieu peut être égal voire supérieur à celui obtenu par la médication pour certains patients. La mobilisation, par exemple, se réfère au processus par lequel le patient prend part activement à son environnement. Son but est d'utiliser et de renforcer l'ego du patient et s'adresse particulièrement à sa passivité. La mobilisation est mise en place afin qu'il reprenne le « pouvoir » sur la situation problématique. La structuration, quant à elle, rend l'environnement moins vague et permet au patient de s'y sentir attaché, sécurisé. Dans la mesure où ces moyens de structuration et de soutien sont décidés avec le patient, selon un partage d'idées, ces processus cessent d'être seulement un traitement et commencent à devenir une thérapie (Ibid., 1978).

L'infirmière semble donc avoir un grand rôle à jouer dans la satisfaction du besoin d'aménagement de la chambre et de structuration de la journée exprimé par certains patients. Par les fonctions de soutien et de structuration et par l'importance qu'elle attache au contexte dans lequel le patient évolue, elle peut permettre un accompagnement individualisé, tenant compte des besoins exprimés et peut prévenir l'apparition de troubles psychiques comme la dépression. Selon les résultats des études retenues, la chambre doit pouvoir être aménagée selon le goût des patients et posséder une jolie vue. L'infirmière doit proposer une structuration de la journée selon les désirs

du patient (moments de repos, heures des repas flexibles...) et avertir ce dernier de sa prochaine visite, tout en tenant compte des contraintes institutionnelles. De plus, elle doit mobiliser le patient afin d'éviter qu'il ne devienne passif en laissant la porte ouverte s'il le désire.

#### *Le besoin de soutien, écoute et communication avec le personnel*

Une grande majorité des patients, au travers des différentes études retenues, a besoin d'être davantage soutenue et écoutée par le personnel soignant. Selon Hartmann (2006), les patients ont besoin de contacts réguliers et attentifs de la part des infirmières. Ils ont besoin de discuter avec quelqu'un d'empathique et de chaleureux, qui n'a pas peur du contact (Hellström, Sjöström & Skyman, 2010).

La communication interactionniste possède des principes comme celui de la co-construction du sens. La co-construction du sens, comme cité précédemment, s'élabore sous l'influence du contexte, mais également sous l'influence de la personnalité des actants et de leur milieu social respectif ainsi que de la culture professionnelle du soignant (Forenerod, 2007). La communication interactionniste possède également le principe d'attitudes rogériennes. Certains patients souhaitent que les infirmières soient davantage empathiques, chaleureuses et à l'écoute de leurs sentiments (Hellström, Sjöström & Skyman, 2010). La compréhension empathique sous-entend que l'infirmière est capable de percevoir et préciser les sentiments, les émotions et les désirs qui sont cachés derrière les paroles du patient. « Il s'agit vraiment de voir comme l'autre personne voit, de sentir ce qu'elle ressent » (Cibanal, 1990, p. 56). Cela peut se traduire par la reformulation mais également par une proxémie, une gestuelle et un langage adapté. Car même si l'infirmière est habillée d'une surblouse et de gants et que la communication s'en retrouve biaisée, elle n'en demeure pas moins interactive. Le patient ne ressent-il pas le besoin d'être touché, ou du moins « approché » avec des gestes doux, une voix calme et un langage simple ? Les résultats des diverses études retenues pourraient être traduits ainsi.

Il est important de se demander les raisons du manque de soutien et d'écoute des infirmières, déploré par beaucoup de patients. Dans son étude, Knowles (1993) s'est penché sur le vécu de huit infirmières en lien avec l'isolement de contact. De par le setting, les résultats sont difficilement généralisables. Toutefois, plusieurs éléments

intéressants sont mis en lumière. Tout d'abord, les infirmières admettent qu'elles ont tendance à n'entrer dans la chambre que pour un soin bien précis et non afin d'évaluer comment se sent le patient. Lorsqu'un patient supporte mal l'isolement de contact et développe des problèmes psychiques, comme des symptômes dépressifs, les infirmières l'évitent car elles ne se sentent pas les compétences nécessaires à l'accompagnement d'une personne dépressive. Les patients qui ont alors davantage besoin de contacts, en ont en fait moins.

Ensuite, les infirmières déplorent le fait que le stress et les demandes des autres patients soient une véritable barrière à la prise en soins des patients en isolement de contact. De plus, elles ne voient pas le patient, pouvant difficilement l'observer. Elles rencontrent alors des difficultés à anticiper ses besoins. Elles mettent également en exergue le fait que devoir se vêtir d'une surblouse et de gants prend beaucoup de temps et que cela leur en fait perdre.

Finalement, la peur de l'infection est présente car même si les infirmières ne l'avouent pas franchement, leur comportement montre qu'elles ne sont pas à l'aise avec l'isolement de contact.

Ces éléments montrent qu'avant de pouvoir faire une offre en soins de qualité et de pouvoir soutenir et écouter le patient de manière optimale, les infirmières doivent être formées et posséder des connaissances solides sur le MRSA et l'isolement de contact ainsi que sur la communication ou la relation d'aide. La validation<sup>2</sup> peut également être un procédé utile pour les infirmières. Elle est obtenue en faisant attention à l'individualisation des programmes de traitement en offrant de fréquents entretiens. « Cependant, la validation dépend des compétences de l'équipe, de sa sensibilité et de sa capacité à tolérer l'incertitude » (Gunderson, 1978, p. 27). D'autres stratégies, comme alléger la charge de travail des infirmières s'occupant des isollements de contacts, sont à discuter en équipe. Une réelle réflexion doit en tout cas être menée dans les équipes de soins.

#### *Le besoin de contacts avec les proches et les autres patients*

Le besoin de contacts avec les proches et les autres patients peut être apparenté à la recherche de soutien social comme stratégie de coping, afin de diminuer l'impact de

---

<sup>2</sup> La validation est un concept qui fait partie des fonctions du milieu.

l'isolement de contact sur le patient. Cette recherche de soutien social possède trois composantes : l'intimité affective et l'empathie, une aide matérielle ou des services et l'apport d'informations et de conseils (De Reyff, 2007).

« Il y a plusieurs façons de considérer le soutien social. Mais bien que les chercheurs ne partagent pas la même définition, tous conviennent qu'il s'agit d'un concept multidimensionnel. Le soutien social peut être vu en terme d'activités, comme reconforter une personne en détresse, prêter de l'argent, donner des conseils ou de l'information, partager des tâches; il peut aussi être vu en terme de relation, c'est-à-dire avoir des amis, un confident, être impliqué ou avoir des contacts avec des membres de sa communauté, avoir un réseau de personnes sur qui on peut compter en cas de besoin » (Beauregard & Dumont, 1996).

Malgré les difficultés de prise de contacts avec les autres patients et la limitation des visites, il semble que le contact social réduit considérablement les effets négatifs de l'isolement (Knowles, 1993, cité par Gammon, 1999). La présence des proches et des amis permet au patient de garder un lien avec le monde extérieur. Les proches peuvent alors devenir un véritable soutien pour le patient, une « oreille attentive ». Ils lui permettent d'exprimer ses sentiments en toute confiance.

L'infirmière a un grand rôle afin de favoriser ce soutien social. Elle doit tout d'abord se demander quel réseau social le patient possède (amis, famille, collègues de travail). Puis, elle doit déterminer les liens que le patient tisse avec sa famille ou ses amis : a-t-il des échanges ou des contacts fréquents ? Sait-il communiquer ses besoins à son entourage ? A-t-il besoin de davantage de soutien et sait-il le demander ? L'infirmière pourra alors ajuster ses actions en fonction des réels besoins du patient. De plus, l'obligation de vêtir une surblouse et de gants pourrait ne pas être systématiquement imposée aux visites. En effet, si elles ne touchent pas le patient, la protection n'est peut-être pas nécessaire. Cela pourrait permettre aux visites et au patient de se sentir plus à l'aise, avec une communication plus aisée. Toutefois, cette position ne fait pas l'unanimité chez les professionnels.

Selon les résultats des études retenues, les visites ne doivent pas être limitées, mais fréquentes et espacées tout au long de la journée. Il est primordial que les proches reçoivent des informations adéquates afin qu'ils n'appréhendent pas le contact avec le patient. De plus, le patient doit pouvoir partager ses sentiments avec d'autres vivant la même expérience. L'infirmière peut lui fournir des brochures, liens ou adresses afin qu'il puisse rencontrer des personnes ayant vécu l'isolement de contact. L'utilisation de

chambre d'isolement commune devrait être discutée en équipe et avec le patient. Mais cette démarche ne fait pas l'unanimité chez les professionnels.

### *Conclusion*

Au regard des résultats analysés et discutés, les besoins des patients porteurs d'un MRSA, en isolement de contact devraient être identifiés, validés et satisfaits afin que les patients puissent s'adapter au mieux à la situation et ne pas souffrir de troubles psychiques comme la dépression.

## **7.3 Satisfaction des besoins**

Ce travail a pu mettre en exergue différents besoins exprimés par les patients porteurs d'un MRSA, en isolement de contact. En lien avec la pyramide de Maslow, ces besoins occupent des places qui varient dans la hiérarchie.

Tout d'abord, le besoin de protection et de sécurité, décrit par Maslow, pourrait être mis en lien avec le besoin d'aménagement de la chambre et de structuration de la journée décrit par un certain nombre de patients. En effet, ils souhaitent une chambre qui recrée les conditions dans lesquelles ils vivent, afin de se sentir en sécurité, à l'abri, manière de palier à un environnement difficile à gérer. Une journée structurée rassure et donne des repères, permettant au patient de trouver une certaine stabilité.

Ensuite, le besoin d'affection et d'appartenance, pourrait être rapporté au besoin de contact avec les proches et les autres patients. En effet, il semble que ce soit au travers des rencontres avec la famille et les amis que le patient peut trouver l'amitié et l'amour, nécessaire à son équilibre. De plus, le partage des expériences avec d'autres patients peut lui procurer le sentiment d'appartenance à un groupe.

Le besoin d'estime de soi et de considération pourrait se référer au besoin d'activités. Afin que le patient puisse se sentir considéré, se sentir utile, il doit pouvoir avoir accès à des activités valorisantes. Au travers d'activités de loisir, le patient peut se fixer des objectifs simples, dont l'atteinte pourra augmenter l'estime qu'il a de lui-même.

Finalement, le besoin d'actualisation de soi pourrait être mis en lien avec le besoin d'information et le besoin de soutien, écoute et communication avec le personnel. Ces deux besoins, très souvent exprimés par les patients, sont extrêmement importants dans les démarches de résolution de problèmes. L'actualisation de soi n'est possible qu'au travers de connaissances nécessaires à la compréhension et à la résolution de problème. L'infirmière peut être vue comme un guide dans cette démarche.

L'analyse des différents besoins ressortis de cette revue de la littérature montre que ces derniers se trouvent dans la partie haute de la hiérarchie. Selon Maslow, cité par Bare & Smetzler (2006), le fait de chercher à satisfaire des besoins d'ordre supérieur est un signe d'évolution vers la santé psychologique et le bien-être (p. 5).

#### **7.4 Réponse à la question**

Ainsi, cette revue de la littérature a permis de mettre en lumière les besoins éprouvés par les patients porteurs d'un MRSA en isolement de contact. Ces besoins découlent principalement de l'expérience qu'ils ont pu vivre, des manques qu'ils ont pu déplorer ainsi que des ressources dont ils ont pu bénéficier dans l'expérience de l'isolement de contact. Les patients ont ainsi exprimé les éléments qui leur semblaient nécessaires afin de supporter, dans les meilleures conditions possibles, cet état d'isolement.

Développés tout au long de ce travail, les besoins exprimés par les patients sont : *le besoin d'informations, le besoin d'activités, le besoin d'aménagement de la chambre et de structuration de la journée, le besoin de soutien, écoute et communication avec le personnel et le besoin de contact avec les proches et les autres patients.*

De ce fait, une réponse à la question de ce travail a pu être donnée (pour mémoire : « *Dans une perspective d'accompagnement et dans le but de prévenir l'apparition d'un trouble dépressif, quels sont les besoins exprimés par l'adulte porteur d'un MRSA en isolement de contact ?* »).

#### **7.5 Conséquences pour les soins**

Ce travail cherche à déterminer les besoins des patients porteurs d'un MRSA en isolement de contact afin d'établir une offre en soins efficace et pertinente dans une perspective d'accompagnement et de prévention des troubles dépressifs. Il est nécessaire d'établir des protocoles de soins adaptés afin de favoriser la satisfaction des patients mais également celle des soignants. En effet, les infirmières ne sont pas toujours à l'aise avec l'isolement de contact et les différentes procédures de contrôle des infections. Une réelle peur de la contagion émerge, pouvant affecter l'attitude des soignants et leurs soins (Madeo, 2003 ; Knowles, 1993 ; MacDonald, 2010).

Il est donc primordial qu'avant toute réflexion sur une prise en soins de qualité pour le patient, les professionnels de la santé reçoivent des informations et une formation solide sur l'isolement de contact, le MRSA et les différentes procédures de contrôle des infections.

En ce qui concerne le patient et en comparant les études récentes et plus anciennes, les mêmes besoins semblent exprimés par le patient depuis une vingtaine d'années. Cela est étonnant car les recherches concernant le sujet sont régulières mais les lacunes subsistent. Il est donc indispensable que les besoins des patients soient identifiés et reconnus par l'infirmière afin d'établir un protocole adapté et pertinent, applicable dans la pratique.

Voici les éléments qui pourraient être établis pour la pratique :

- Le patient et ses proches reçoivent des informations écrites (sous forme de brochures) dès l'admission, concernant les aspects généraux de l'isolement de contact (procédures, MRSA, précautions à prendre, durée...)
- Un entretien infirmier est planifié avec le patient et ses proches afin de répondre aux questions que la brochure a pu susciter. Puis des informations orales et personnalisées sont données par le médecin en présence de l'infirmière et des proches, concernant l'état de santé du patient, le traitement, les risques encourus, la présence ou l'absence de symptômes...
- Des entretiens médico-infirmiers sont planifiés de manière régulière, suivant la durée de l'isolement de contact.
- Si des questions subsistent, l'équipe fait appel à l'infirmière en hygiène hospitalière.
- L'accès aux médias (télévision, radio, journaux) est garanti. La chambre d'isolement possède des toilettes et un lavabo ainsi qu'une jolie vue, dans la mesure du possible.
- Une équipe interdisciplinaire est mise en place et des activités thérapeutiques comme de la musicothérapie ou de l'ergothérapie sont discutées en équipe et avec le patient. Les attentes et besoins du patient sont transmis à l'équipe interdisciplinaire.



- Le patient peut aménager sa chambre selon ses goûts, apporter ses objets personnels. S'il le désire, sa journée peut être planifiée par écrit. L'heure des repas est flexible et les menus sont variés. La porte de la chambre peut être laissée ouverte si le patient le désire.
- L'infirmière détermine une offre en soins individualisée, en tenant compte des besoins du patient. Elle évalue son état psychique de manière régulière en étant particulièrement attentive à sa réaction face à l'isolement, aux signes d'anxiété et de dépression. Elle informe le patient de sa prochaine visite et de celle des médecins.
- L'infirmière est à l'écoute des sentiments du patient, le soutient en utilisant des outils tels qu'une communication interactionniste ou les fonctions du milieu. Elle prend le temps de discuter, fait preuve de chaleur et d'empathie et aide le patient à trouver des stratégies de coping.
- L'infirmière fait un bilan du réseau du patient et évalue le risque de sentiment de solitude et de dépression. Les visites ne sont pas restreintes mais espacées tout au long de la journée. L'infirmière reste toutefois attentive à l'état de fatigue du patient.
- L'infirmière fournit des informations sur les divers groupes de paroles.
- La charge de travail de l'infirmière s'occupant des isolements de contact est allégée, dans la mesure du possible. Les dossiers de soins sont remplis avec rigueur.

## **Conclusion**

Cette revue de la littérature a permis d'éclaircir les besoins des patients porteurs d'un MRSA, en isolement de contact et de clarifier le rôle infirmier dans l'accompagnement et la prévention d'un trouble dépressif.

Dans un premier temps et afin de conclure ce travail, les forces et les limites de cette revue de la littérature seront relevées. Dans un deuxième temps, le besoin de recherches ultérieures sera abordé.

## **Forces et limites du travail**

D'un point de vue méthodologique, la majorité des études retenues est de bonne qualité. En effet, elles comprennent une introduction, la méthode, les résultats ainsi qu'une discussion. Seule l'étude épidémiologique de Julien & Sanchis (2005), concernant l'acceptation par les patients des mesures d'isolement de contact n'est pas de bonne qualité. Elle a toutefois été retenue parce qu'elle corrobore les résultats d'autres recherches quant au besoin d'informations des patients.

Parmi les points positifs de ce travail, les résultats des différentes études retenues ne se contredisent pas mais vont, au contraire, dans la même direction. Les auteurs de plusieurs recherches sont connus dans le domaine des infections nosocomiales et des impacts de l'isolement de contact, ils ont écrits plusieurs travaux concernant la problématique. Cependant, aucune étude n'a été conduite en Suisse. Elles ont été faites dans différents pays d'Europe, comme la France, l'Allemagne ou les Pays-Bas, ce qui permet tout de même de penser que les résultats pourraient être applicables en Suisse.

Concernant l'auteur, ce travail a été sa première expérience dans le domaine de la recherche. La méthodologie, l'interprétation des résultats ainsi que la rigueur des traductions peuvent comporter des erreurs.

## **Besoin de recherches ultérieures**

Suite à l'élaboration de ce travail, force est de constater qu'il manque des recherches concernant l'aspect du rôle infirmier dans l'accompagnement des personnes porteuses d'un MRSA en isolement de contact. L'impact psychologique de l'isolement de contact

ainsi que les besoins des patients ont été clairement mis en évidence par des nombreux auteurs. Il est alors étonnant qu'aucune recherche ne se soit penchée sur le rôle infirmier dans la prévention des effets négatifs de l'isolement.

Ce travail fait une revue de la littérature majoritairement européenne. Il serait donc intéressant de mener une recherche qualitative en Suisse, afin de déterminer si les résultats obtenus sont comparables.

Dans de nombreuses études (Constable, Newton & Senior, 2001 ; Gammon, 1998 ; ward, 2000 ; Birshall, Davies, Price & Rees, 2000 ; MacDonald, 2008 ; Bellemare et Shendi, 2004 ; Hellström, Sjöström & Skyman, 2010 ; Hass & Scharzenbach, 2003 ; Julien & Sanchis, 2005), le manque d'informations est mis en lumière. Il serait alors utile d'effectuer une recherche afin de déterminer quels éléments doit contenir l'information, le moment le plus opportun pour la transmettre ainsi que la manière la plus pertinente. Il faudrait alors mettre sur pied une recherche de type quasi-expérimental avec un groupe de contrôle. Le premier groupe recevrait les informations standards en vigueur dans le service. Le deuxième groupe recevrait une brochure à l'admission, puis bénéficierait d'entretiens médico-infirmiers réguliers, tout au long de son séjour. La satisfaction des patients pourrait alors être déterminée afin de comprendre si les informations écrites et les entretiens sont pertinents et utiles.

De nombreux autres éléments en lien avec l'isolement de contact peuvent être étudiés et approfondis comme déterminer les ressources les plus utiles pour le patient (famille, amis, intervention d'un psychologue...) ou évaluer le besoin d'une intervention pluridisciplinaire comme la thérapie par les animaux ou la musique.

## **Mot de l'auteur**

Cette revue de la littérature représente ma première expérience dans le domaine de la recherche. Je me suis donc retrouvée, parfois, face à des difficultés d'ordre méthodologique ou face à l'analyse critique des différents articles. J'ai toutefois acquis bon nombre d'outils qui me seront, sans doute, très utiles tout au long de ma carrière professionnelle. Outre l'utilisation de moteurs de recherche ou la rédaction d'un article

scientifique, j'ai pu réapprivoiser des langues que je n'avais pas utilisées depuis longtemps.

Le choix du sujet n'a pas été difficile. En effet, durant mes stages, j'ai souvent été confrontée à la détresse de patients en isolement de contact. Moi-même, en tant que professionnelle, je me suis rendue compte des lacunes que je pouvais avoir concernant cette problématique. L'isolement de contact est très présent dans les différents services de soins et méritait qu'on s'y attarde.

Par ce travail, je pense avoir acquis de nombreuses connaissances théoriques mais également empiriques que je pourrai transférer dans ma pratique. J'espère pouvoir également, dans une certaine mesure, sensibiliser les professionnels que je vais côtoyer à la problématique de l'isolement de contact, à l'impact psychologique négatif qu'il peut engendrer et aux besoins de patients vivant une telle expérience.

Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives de la HEdS. Les références utilisées sont nommées et identifiées.

## Bibliographie

### Articles de recherche

- Akaho, R., Akiyama, H., Atsumi, M., Hagiya, K., Sakama, H., Sasaki, T. & Yoshino, M. (2000). Mental disturbances during isolation in bone marrow transplant patients with leukemia. *Bone Marrow Transplant*, 25, 315-8.
- Bellemare, D. & Legault, D. (2004). Prévention des infections. *L'Avant-garde*, 5, 1-16.
- Bellemare D. & Shendi, H. (2004). Vivre en isolement au CHUM : le point de vue des patients. *L'Avant-Garde*, 5, 6-7.
- Boyce, J. (1994). Methicilin-resistant *Staphylococcus aureus*: A briefing for acute care hospitals and nursing facilities. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 15, 105-115.
- Butera, A.S., Catalano, G., Houston, S.H. & Hakala S.M. (2003). Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation. *South Med Journal*, 96, 1-5.
- Cassidy, I. (2006). Student nurses' experiences of caring for infectious patients in source isolation. A hereneutic phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1247-1256.
- Christmann, D., Heckmann, F & North, M. (2007). Isolement : Amélioration du respect des précautions standards par les patients et leurs proches. *Médecine et maladies infectieuses*, 37, 82-83.
- Cibanal, L. (1990). Rencontrer pour aider. *Krankenpflege/Soins infirmiers*, 90, 54-58.
- Constable, D., Newton J.T., & Senior, V. (2001). Patients' perceptions of methicilin-resistant *Staphylococcus aureus* and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. *J Hosp Infect.*, 48, 275-80.
- Davies, H. & Rees, J. (2000). Psychological effects of isolation nursing: mood disturbance. *Nursing Standard*, 14, 35-38.
- Debelleix, E. (2008). Stérile mais pas aseptisé. *L'infirmière magazine*, 241, 44-49.
- Dunbar, E., Ellis, M., Gibbs, A. & Milkins, E. (1988). Does isolation of patients with infections induce mental illness? *Journal Infection*, 17, 43-7.
- Fraser, M., Gaskill, D. & Henderson, A. (1997). Exploring the everyday world of the patient in isolation. *Oncology Nursing Forum*, 24, 695-700.

- Gammon, J. (1999). The psychological consequences of source isolation: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 13-21.
- Gammon, J. (1998). Analysis of stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *Nursing Practice*, 4, 84-96.
- Glover, T. (2000). How drug-resistant microorganisms affect nursing. *Othopaedic Nursing*, 9, 19-25.
- Gordon, A. (1975). Psychological aspects of isolator therapy in acute leukemia. *British Journal of Psychiatry*, 127, 588-90.
- Gunderson, J. (1978). Defining the therapeutic process in psychiatric milieu. *Psychiatry*, 41, 20-33.
- Hamilton, L.R. & Kennedy, P. (1997). Psychological effect of the management of methicilin-resistant Staphylococcus aureus in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 35, 617-9.
- Hayashi, M., Iida, H., Kamiya1, Y., Kanda, J., Kunitomi, A., Sao H. & Suwa, T. (2009). Insomnia and Depression during Protective Isolation in Patients with Hematological Disorders. *Internal Medicine*, 49, 17-22.
- Holzner, B., Kopp, M., Schweigkofler, H., Sperner-Unterweger, B. & Trojer-Zeidler, M. (1996). Psychiatric problems in bone marrow transplantation patients during isolation. *Nervenarzt*, 67, 799-804.
- Kellerman, J., Rigler, D. & Siegel, S. (1977). The psychological effects of isolation in protected environment. *Am J Psychiatry*, 134, 563-5.
- Kellerman, J., Rigler, D. & Siegel, S. (1979). Psychological response of children to isolation in a protected environment. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 263-74.
- Kellerman, J., McCue, K., Pospisil, J., Rigler, D., Siegel, S. & Uno, R. (1976). Psychological evaluation and management of pediatric oncology in protected environment. *Medecin Pediatric Oncology*, 2, 353-60.
- Madeo, M. (2003). The psychological impact of isolation. *Nursing Times*, 99, 18-24.
- O'Connell, S. (1984). Recreation therapy : reducing the effects of isolation for the patient in a protected environment. *Child Health Care*, 12, 118-21.
- Ward, D. (2000). Infection control: reducing the psychological effects of isolation. *Br J Nurs*, 23, 162-70.

## Ouvrages

- Atkinson R.C., Atkinson, R.L., Hilgard, E.R. & Smith, E.E. (1987). *Introduction à la psychologie*. Québec: Etudes Vivantes.
- Bare, B & Smetzler, S. (2006). *Soins infirmiers en médecine et chirurgie*. Bruxelles: De Boeck.
- Beck, C.T., Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J. & Polit, D.F. (2007). *Chapitre 7: Trouver de la documentation et en faire l'analyse*. Méthodes de recherche en sciences infirmières. 140-157. Québec: ERPI.
- Friard, D. (1998). *L'isolement en psychiatrie : Séquestration ou soin ?* Paris: Hospitalières.
- Galmiche, J-M. (1999). *Hygiène et médecine : histoire et actualités des maladies nosocomiales*. Paris : Pariente.
- Gazareth, P. & Modetta, C. (2006). *Intégration et réseaux sociaux : Déterminants de l'isolement social en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Jaffe, MS. & Skidmore-Roth, L. (1996). *Mémento de l'infirmière: Les plans de soins à domicile*. Paris : Maloine.
- Kneisl & Wilson. (1982). *Théorie de la situation de crise : évaluation et intervention*. Montréal : Renouveau pédagogique, 257-276.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S., et Launier, R. (1978). *Stress-related transactions between persons and environment*. New York: Perspectives in international psychology.
- Luminet, O. (2003). *Psychologie des émotions : Confrontation et évitement*. Bruxelles: De Boeck.
- Pitaud, P. (Ed.) (2004). *Solitude et isolement des personnes âgées*. Ramonville Saint-Agne: Eres.

## Documents non publiés

- De Reyff, M. (2003). *Stress, adaptation, coping, résilience*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Fornerod, P. (2007). *L'approche interactionniste de la relation et de la communication*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

- Quinodoz, M-N. (2007). *Promotion de la santé et prévention*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Rochat, F. (2007). *Les troubles de l'humeur*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Rossier, J-M. (2008). *Les précautions standards et les mesures additionnelles : isolements*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

## Sites internet

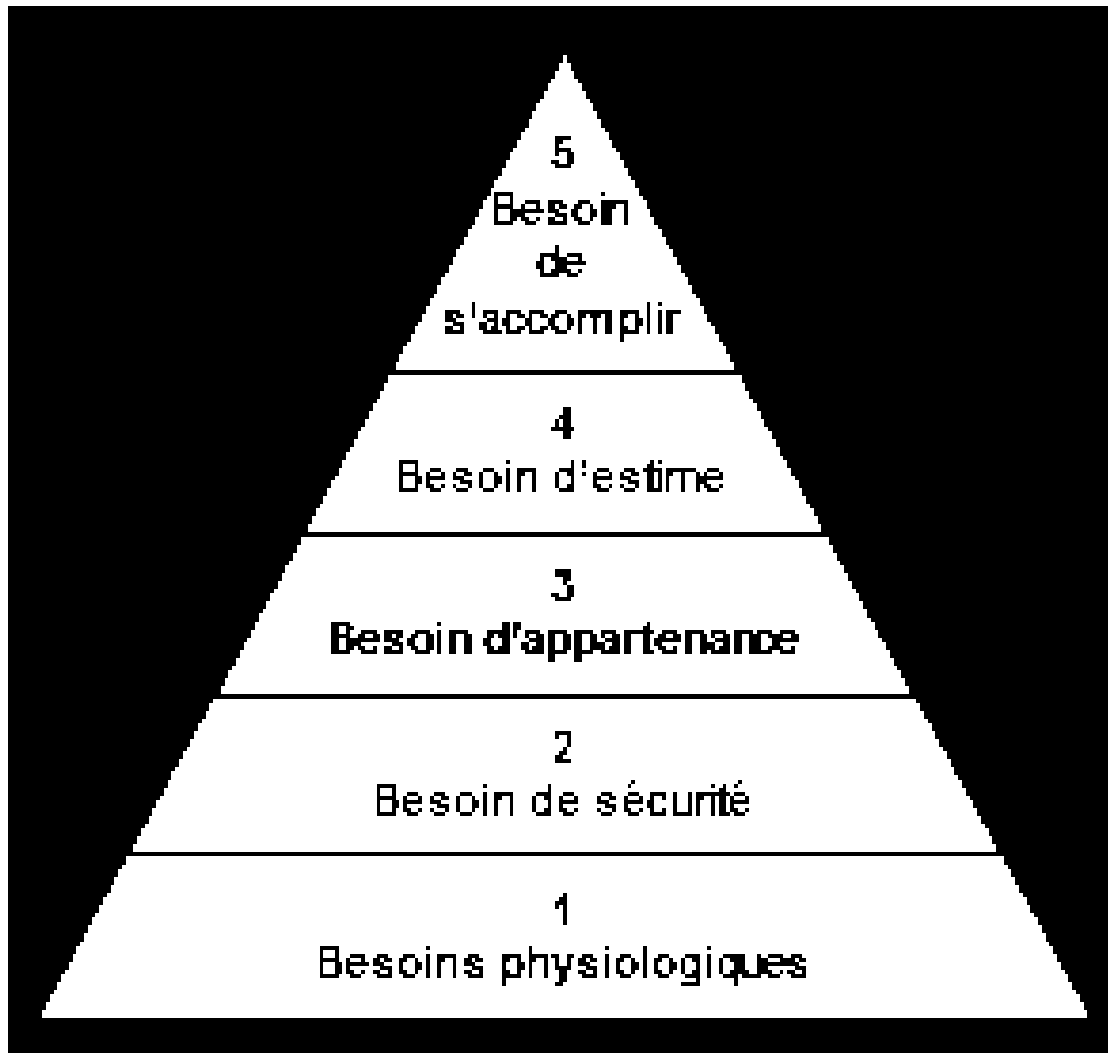
- Beauregard, L. & Dumont, S. (1996). *La mesure du soutien social*. [Page WEB]. Accès : [http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/soutien\\_social2.html](http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/soutien_social2.html) [Page consultée le 23 juin 2010].
- Brewer, C. (s.d.) *About Guided Imagery and Music*. [Page WEB]. Accès : [http://www.musicinhealth.net/about\\_gim.html](http://www.musicinhealth.net/about_gim.html) [Page consultée le 22 mai 2010].
- Chamoune, P. (2010). *Le risque d'infections nosocomiales en réanimation*. [Page WEB]. Accès : <http://www.infirmiers.com> [Page consultée le 25 juin 2010].
- Damph, D. (2004). *Infections nosocomiales : quelques chiffres suisses et vaudois*. [Page WEB]. Accès : <http://www.publidoc.vd.ch/> [Page consultée le 3 mars 2009].
- Fry, C., Dictionnaire suisse de politique sociale. (2000). *Isolement*. [Page Web]. Accès : [www.socialinfo.ch](http://www.socialinfo.ch) [Page consultée le 10 mars 2009].
- Gravel, A. (2009). *La pyramide de Maslow*. [Page WEB]. Accès : <http://www.google.ch/imgres?imgurl=http://www.alexandregravel.com> [Page consultée le 1<sup>er</sup> juillet 2010].
- Groupe Reflex. (2007). *Etude sur l'isolement social*. [Page WEB]. Accès : [http://www.reseau-reflex.org/references/ares/groupe\\_reflex\\_Isolement\\_referentiel.pdf](http://www.reseau-reflex.org/references/ares/groupe_reflex_Isolement_referentiel.pdf) [Page consultée le 28 juin 2010].
- LTHT: The Leeds Teaching Hospitals. (2007). *Source Isolation*. [Page Web]. Accès : [www.leedsteachinghospitals.com](http://www.leedsteachinghospitals.com) (Page consultée le 16 novembre 2009).
- Massachusetts Department of Public Health. (2006). *Helpful reminders about MRSA infection*. [Page WEB]. Accès : [www.mass.gov/Eeohhs2/docs/dph/cdc/antibiotic/mrsa\\_elpful\\_reminders](http://www.mass.gov/Eeohhs2/docs/dph/cdc/antibiotic/mrsa_elpful_reminders). [Page consultée le 27 avril 2009].



- Office fédérale de la statistique. (2010). *Survol des maladies chroniques*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/02.html> [Page consultée le 28 juin 2010].
- Pittet, D. & Harbarth, S. (2004). *Bactériémies à MRSA : contexte épidémiologique et stratégie préventive*. [Page WEB]. Accès : <http://www.chuv.ch/swiss-noso/f111a2.htm> [Page consultée le 23 février 2009].
- Pittet, D., & Ruef, C. (2007). *Première enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales dans les hôpitaux universitaires suisses*. [Page Web]. Accès : [www.chuv.ch/swiss-noso.ch](http://www.chuv.ch/swiss-noso.ch) [Page consultée le 24 novembre 2008].
- Ribes, G. (2005). *Coping et stratégies d'adaptation*. [Page WEB]. Accès : <http://recherche.univ-lyon2.fr/lab-psd/IMG/pdf/coping-strategiesM1.pdf> [Page consultée le 15 avril 2009].
- Service cantonal de la santé publique du canton de Vaud. (2006). *Surveillance des MRSA : importance du problème*. [Page Web]. Accès : [www.hpci.ch](http://www.hpci.ch) [Page consultée le 1<sup>er</sup> novembre 2008].
- Service d'Accueil, d'Urgences et de Liaison Psychiatriques : Rubovsky, G. & Warczyk, S. (2006). *Dépistage, épidémiologie et étiologie de la dépression*. [Page WEB]. Accès : [http://premier-recours.hug-ge.ch/\\_library/ateliers/2006/121206\\_depression\\_diagnostic\\_4.pdf](http://premier-recours.hug-ge.ch/_library/ateliers/2006/121206_depression_diagnostic_4.pdf) [Page consultée le 15 avril 2009].
- Service des maladies infectieuses du CHU de Clermont-Ferrand. (2005). *Acceptation par les patients des mesures d'isolement de contact dans le cadre d'une épidémie à Entérocoque Résistant à la Vancomycine*. [Page Web]. Accès : [www.infectiologie.com/public/congres](http://www.infectiologie.com/public/congres) [Page consultée le 22 novembre 2008].

## Annexes

### A. Pyramide des besoins selon Maslow



Source : Gravel, A. (2009). *La pyramide de Maslow*. [Page WEB]. Accès : <http://www.google.ch/imgres?imgurl=http://www.alexandregravel.com> (Page consultée le 1<sup>er</sup> juillet 2010).

## B. Synthèse des résultats des stratégies de recherche

<i>Stratégies de recherche</i>	<i>Banque de données utilisée</i>	<i>Résultats</i>	<i>Nombre d'études retenues</i>
"Cross Infection" AND "Patient Isolation/adverse effects" OR "Patient Isolation/nursing" OR "Patient Isolation/psychology"	PubMed	37	3
"Patient Satisfaction" AND "Cross Infection"	PubMed	43	1
"Patient Isolation/psychology" AND "Patient Satisfaction"	PubMed	11	2
"Patient's" AND "experiences" AND "source" AND "isolation and purification" OR "isolation" AND "purification" OR "isolation and purification" OR "isolation"	PubMed	3	1
Related articles	PubMed	169	4

"Stress, Psychological" AND "Patient Isolation/nursing" OR "Patient Isolation/psychology"	PubMed	18	1
experience" AND "patient" AND "MRSA"	Google	358'000	1

## **C. Grilles d'analyse des recherches**

<b>Madeo, M. (2003). The psychological impact of isolation. <i>Nursing Times</i>, 99, 54-55.</b>			
<b>Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Liens avec ma question de recherche</b>	<b>Commentaires personnels</b>
<p>Recensement des écrits sur les impacts négatifs de l'isolement de contact lors d'une infection à un germe multi-résistant et pistes de réflexion sur le rôle infirmier.</p> <p><b>Méthodologie/Setting</b> Revue de littérature (env. 12 recherches)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oldman, 1998</li> <li>• Kennedy et Hamilton, 1997</li> <li>• Knowles, 1993</li> <li>• MacKellaig, 1987</li> <li>• Goffman, 1963</li> <li>• Madeo, 2001</li> <li>• Wilkins et Al, 1988</li> <li>• Madeo &amp; Owen, 2002</li> <li>• Gammon, 1999</li> <li>• Latter et Al, 1992</li> <li>• Horton, 1993</li> <li>• Newton et Al, 2001</li> <li>• Ching &amp; Seto, 1997</li> <li>• Perry &amp; Grove, 1997</li> </ul>	<p>Les infections nosocomiales sont un problème de santé publique. Env. 9% des patients hospitalisés attrapent une infection durant leur hospitalisation. Ces infections tuent chaque année des milliers de personnes et coûtent cher aux services de santé.</p> <p>Mettre un patient en isolement est une pratique courante et il est essentiel que les infirmières comprennent l'expérience que le patient vit.</p> <p>L'isolement de contact peut provoquer solitude, dépression et sentiment de stigmatisation qui est vu par le patient comme pouvant affecter l'attitude des soignants et leurs soins (signe sur la porte, sur-blouse qui peut être vue comme une barrière à la communication et peut exacerber un sentiment de danger pour les autres...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager les patients à exprimer leur sentiments associés à l'isolement afin qu'ils trouvent des stratégies de coping</li> <li>• Les chambres d'isolement sont souvent trop éloignées des bureaux infirmiers et les soignants ne sont pas toujours très prompts à répondre aux sonnettes.</li> <li>• L'accès à la télévision, radio ou journaux semble augmenter la satisfaction des patients</li> <li>• La thérapie par les animaux (pet therapy) semble avoir des effets bénéfiques et devrait être discutée en équipe.</li> <li>• Des visites fréquentes des soignants ainsi que des visites étalées des proches sont bénéfiques.</li> </ul>	<p><b>Cette revue de la littérature donne une bonne synthèse de la problématique.</b></p> <p><b>Elle cite une douzaine d'auteurs dont les recherches ne sont pas toujours récentes.</b></p> <p><b>Il manque la bibliographie.</b></p> <p><b>Elle donne des pistes d'action ou met en évidence quelques besoins chez les patients en lien avec les impacts négatifs de l'isolement de contact.</b></p>

<p><b>Concepts et cadre de référence</b></p> <p>L’auteur utilise le concept de stigmatisation et le décrit comme « un élément qui fait de la personne quelqu’un de différent du reste de la population ». Il met en lien avec ce que vit le patient en isolement de contact.</p>	<p>Des études en psychologie ont montré que les patients qui attribuent la cause de leurs problèmes aux autres ont souvent une expérience négative (dépression, colère).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner des informations adéquates permet de diminuer le stress et l’anxiété, permet de développer des stratégies de coping et une meilleure compliance au TTT (surtout chez les patients asymptomatiques).</li> <li>• Les soignants n’ont pas toujours les connaissances suffisantes au sujet de l’infection et de l’isolement.</li> <li>• Favoriser la présence d’une infirmière spécialiste en contrôle de l’infection.</li> <li>• Soins individualisés suivant les besoins des patients afin de minimiser les risques d’infections croisées et éviter l’apparition d’effets négatifs.</li> </ul> <p>Organiser la chambre afin que le patient retrouve un environnement familial.</p>	
--	--	--	--

Ward, D. (2000). Infection control: reducing the psychological effects of isolation. <i>British Journal of Nursing</i> , 3, 162-170.			
Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence	Résultats les plus importants	Liens avec ma question de recherche	Commentaires personnels
<p>Déterminer ce qui pourrait réduire les effets psychologiques négatifs chez les personnes en isolement de contact.</p> <p><b>Méthodologie/Setting</b> Recherche qualitative : Questionnaires donné à 21 patients en isolement de contact contenant une liste d'adjectifs pour décrire leur expérience en isolement. Le questionnaire a permis de choisir les patients pour la suite de l'étude.</p> <p>Critères d'inclusion pour le questionnaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient d'accord de participer</li> <li>• Agés de 16 à 75 ans</li> <li>• Isolés depuis au moins 3 jours</li> <li>• Parlant anglais</li> </ul> <p>Puis 5 patients ayant exprimé des</p>	<p><b>1. Introduction</b> Revue de la littérature retraçant les effets psychologiques négatifs de l'isolement de contact :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress (Denton, 1986)</li> <li>• Restriction de liberté et de communication, solitude, stigmatisation (Oldman, 1998)</li> <li>• Claustrophobie (Jenner, 1990)</li> <li>• Maladies mentales (Wilkins, 1988)</li> </ul> <p>Il est important d'identifier les conséquences de l'isolement chez chaque patient (Knowles, 1993) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété and dépression (Gammon, 1998)</li> <li>• La chambre devient une prison (Bennett, 1983)</li> </ul> <p>L'infirmière a un rôle vital dans l'accompagnement des patients et dans l'amélioration des stratégies</p>	<p><i>Besoin d'informations écrites</i> (conditions d'admission) et orales (les raisons de l'isolement, précautions à prendre) et individuelles → Beaucoup d'études ont montré qu'une bonne information peut réduire considérablement l'anxiété.</p> <p><i>Laisser libre les visites</i> car le manque de visites et la solitude sont liés. Mais attention, rester attentif à la fatigue du patient. La famille est un point crucial dans la mise en place de stratégies de coping.</p> <p><i>Amélioration de la communication dans le personnel soignant</i> : les infirmières et les médecins doivent prendre plus de temps pour discuter avec les patients. L'écoute et l'attention sont très importantes (empathie, chaleur et compréhension).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chambre commune.</li> <li>• Continuer à stimuler les patients (radio, télé,</li> </ul>	<p><b>L'étude porte sur 5 patients, elle est donc peu généralisable. De plus, la recherche est spécifique à une unité d'isolement</b></p> <p><b>L'étude est bien construite et possède tous les éléments importants, ainsi qu'une bonne bibliographie.</b></p>



<p>sentiments négatifs ont été interviewés.</p> <p>Critères d'inclusion pour l'interview :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients d'accord de participer</li> <li>• Patients ayant exprimé des sentiments négatifs</li> <li>• Patients qui restaient hospitalisés</li> <li>• Parlant anglais</li> </ul> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients avec antécédents psychiatriques</li> </ul> <p>Pourquoi se sentent-ils mal et qu'est-ce qui pourrait être fait afin de réduire ces problèmes ?</p> <p>La recherche tient compte des éléments éthiques (consentement signé, anonymisation).</p> <p><b>Concepts ou cadre de référence</b> L'auteur utilise le concept clé de coping : Selon Lazarus &amp; Lainier (1978), <b>le coping</b> est l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant, pour</p>	<p>de coping (Rossini et al, 1996).</p> <p><b>Premières suggestions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une meilleure vue</li> <li>• Une évaluation des intérêts et des ressources du patient</li> <li>• Une meilleure information à l'admission</li> <li>• La majorité des patients ne ressent pas de sentiments négatifs → il faut que les infirmières les repèrent et utilisent des soins appropriés (Knowles, 1993).</li> </ul> <p><b>2. Résultats de la recherche</b> Sur 21, 9 patients ont décrit des sentiments négatifs. Mais seulement 5 d'entre eux avaient les critères d'inclusion → la majorité des patients en isolement de contact se sentent bien</p> <p>5 patients, c'est peu pour l'étude !!!</p> <p>a. Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le besoin d'informations</li> </ul>	<p>journaux)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner des chambres avec vue, repas variés et flexibles</li> </ul> <p>D'autres recherches sur le sujet sont nécessaires</p> <p><b>Recommandations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant l'admission, s'assurer que le patient a réellement besoin d'être isolé</li> <li>• Donner aux patients et aux visites des infos écrites et orales</li> <li>• Expliquer les choses de manière compréhensible, prendre le temps. Demander aux médecins de prendre un peu plus le temps d'écouter les patients</li> <li>• Demander régulièrement au patient s'il n'est pas trop fatigué vis-à-vis des visites (ce n'est pas à lui de les faire partir)</li> <li>• Utiliser des chambres communes dans la mesure du possible</li> <li>• Accès facilité aux journaux et magazines</li> </ul>	
--	--	---	--

<p>maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique (pp. 287-327).</p>	<p>mis en lumière par 100% des patients. Eux et les proches ne reçoivent pas d'infos adéquates (isolement, maladies...). 80 % trouvent que les visiteurs sont effrayés par ce manque d'info, donnent des conséquences négatives sur l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'importance des visites : 100% des patients le disent pour éviter la solitude et l'ennui. A cause du manque d'info, beaucoup ont peur de venir. La famille est très importante pour les stratégies de coping</li> <li>• L'importance des autres patients : 100% des patients trouvent le contact avec les autres très important dans la prévention de la solitude et de l'ennui. Les autres sont sources de compagnie et de confort</li> <li>• Communication du personnel : beaucoup pensent que le personnel manque de compétences de communication. Les médecins ne parlent pas assez et lorsqu'ils le font, les patients ne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime adapté et flexible pour ceux qui restent longtemps</li> <li>• Choisir des chambres avec vue</li> <li>• Télévision, radio et journaux, magazines et livres.</li> <li>• Le besoin d'une vue sur le monde : avoir une jolie vue permet de réduire le sentiment de confinement</li> </ul> <p>Le besoin alimentaire : besoin de variété et de flexibilité des repas. Manger a une grande importance psychologique</p>	
---	---	--	--

	<p>comprennent rien. Ils ont besoin des infirmières, qu'elles prennent le temps → départ du processus thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porter l'attention à l'écoute : 100% se plaignent des compétences d'écoute du personnel.</li> </ul> <p>b. Installations</p> <p>La catégorie était plus petite mais demande des changements</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le besoin d'activité : les patients préféreraient être en chambre commune.</li> </ul>		
--	--	--	--

Hass, SB. & Schwarzenbach H. (2003). Exceptional conditions for patients and nurses. <i>Krankenpflege, Soins Infirmiers</i> , 4, 22-23.			
Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence	Résultats les plus importants	Résultats les plus importants	Commentaires personnels
<p>Une approche inductive et qualitative a été choisie, avec comme question centrale, le « comment » des interactions et de leur structure interne.</p> <p><b>Méthodologie/Setting</b> Les patients ont répondu à une interview semi-structurée pour savoir comment ils vivaient le temps passé en isolement. Un homme et six femmes âgés de 43 à 75 ans, qui ont vécu un isolement de plus de 4 jours, ont été interrogés. Trois patients avaient des MRSA, chez deux une suspicion de MRSA existait et deux autres étaient concernés par un isolement de contact.</p>	<p>Les patients se sentent isolés socialement et ressentent souvent des sentiments négatifs. Ils ne comprennent pas toujours pourquoi les soignants doivent porter des gants même pour des demandes toutes simples. Certains patients pensent que l'infection est une conséquence directe de l'environnement hospitalier : l'hôpital est sale, le personnel n'applique pas les mesures d'hygiène. Ils se demandent également pourquoi cette problématique n'est pas mieux contrôlée. Les personnes sujettes à la peur ou la dépression démontrent plutôt de l'incompréhension face aux conséquences de l'infection aux MRSA. Ils se sentent frustrés, seuls, négligés, apeurés, opprimés ou même désorientés... Ces sentiments sont renforcés lorsque le patient n'a personne à qui parler ou qu'il n'est pas assez</p>	<p>Les patients comme leurs proches vivent durant l'isolement une charge émotionnelle, qui peut être diminuée par la communication. C'est pourquoi il est important de <i>définir une stratégie commune et une coordination des contacts sociaux avec la conseillère en hygiène hospitalière</i> afin de soutenir le patient et ses proches. Par exemple, les longues soirées peuvent être raccourcies par des visites.</p> <p>Les soignants doivent soutenir les patients et leurs proches durant la phase de l'isolement. <i>Les infirmières en hygiène hospitalière doivent mettre l'accent sur l'information et les explications.</i> Elles peuvent ainsi diminuer l'anxiété des patients et de leurs proches. Parallèlement, les soignants se concentrent sur le côté émotionnel en informant les patients sur leur condition et en</p>	<p><b>L'étude porte sur 7 patients, elle est donc difficilement généralisable. Elle met pourtant en lumière des éléments très intéressants sur les besoins des patients en isolement de contact et sur les recommandations pour le personnel soignants</b> <b>L'étude ne possède pas de résumé ni de bibliographie et sa langue montre qu'elle n'a pas été diffusée largement.</b></p>

	<p>stimulé. Les soignants visitent moins régulièrement le patient ou écourtent les visites. Ils reconnaissent que les patients tendent à développer des troubles dépressifs. Les soignants se sentent conséquemment impuissants, car ils auraient besoin de plus de temps pour discuter avec les patients.</p> <p><b>L'attente :</b> ressentie comme pénible par les patients. Les patients apprécient que les soignants expliquent le déroulement de la journée, quand est-ce qu'ils vont revenir, par ex.</p> <p><b>Les sentiments :</b> les patients souffrent durant la période d'isolement de sentiments négatifs. Ils sont parfois si forts que les patients voudraient ne jamais les revivre. Ils hésitent à parler aux soignants car ils pensent qu'ils ont beaucoup de travail et ne veulent pas les importuner. Ils sont donc contents lorsque les soignants leur demandent comment ils vont et prennent du temps pour eux.</p>	<p>leur expliquant comment ils peuvent intégrer activement leur environnement afin d'augmenter leurs contacts sociaux. Afin de garantir le soutien aux patients, des conditions cadres d'organisation doivent être mises en place : un personnel suffisant et une continuité personnelle.</p>	
--	---	---	--

	<p><b>Les informations :</b> les patients interrogés ainsi que leurs proches et visiteurs voudraient davantage d'informations écrites au sujet de l'isolement, des diverses mesures prises afin de mieux les comprendre et diminuer leur anxiété</p> <p><b>La chambre :</b> D'un côté ils apprécient d'avoir une chambre pour eux seul, ils apprécient la tranquillité. D'un autre côté, ils ont moins de contact avec les soignants ou les autres patients.</p> <p><b>Les contacts sociaux :</b> Les échanges sociaux se limitent principalement à la famille proche. Celle-ci joue un rôle très important mais ne peut que très rarement combler complètement le manque de contacts sociaux. Les proches sont souvent eux-mêmes impuissants et angoissés. Eux aussi ont le besoin de discuter la situation car ils vivent aussi l'atmosphère froide et stressante de l'isolement.</p>		
--	---	--	--

<b>Stelfox, HT., Bates, DW. &amp; Redelmeier, DA. (2003). Safety of patients isolated for infection control. <i>Jama</i>, 14, 1899-905.</b>			
<b>Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Commentaires personnels</b>
<p>Examiner la qualité des soins reçus par les patients en isolement de contact</p> <p>Est-ce que les patients en isolement de contact reçoivent moins d'attention ?</p> <p><b>Méthodologie/Setting</b> L'étude est menée dans un hôpital de Toronto et dans un hôpital de Boston. Adultes MRSA en isolement pendant au moins 2 jours (n=78) dans chaque hôpital. Groupe de contrôle : (n=72) dans chaque hôpital. Donc n=156 et n=144</p> <p>Marqueurs pour la rigueur des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentation des signes vitaux et du poids</li> <li>• Evaluation de la fonction cardiaque</li> <li>• Enseignement au patient (insuffisance cardiaque)</li> </ul>	<p>Des études ont montré que les patients en isolement de contact avaient 2 fois moins de contact avec le personnel soignant ou qu'ils étaient moins susceptibles d'être examinés par des médecins.</p> <p>Les patients isolés étaient plus susceptibles d'avoir leurs signes vitaux incomplètement enregistrés et des jours sans enregistrement des signes vitaux dans les deux groupes.</p> <p>Les patients isolés ont été presque deux fois plus susceptibles d'avoir leurs signes vitaux non enregistrés et ils étaient également davantage susceptibles d'avoir des jours sans observations infirmières ou médicales.</p> <p>Une fois admis dans le service, les patients isolés étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir un test de stress ou une angiographie, d'avoir leur poids enregistré sur au</p>	<p>L'infirmière doit être attentive à plusieurs choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner suffisamment de temps au patient en isolement. Passer régulièrement, pas forcément longtemps mais le patient doit sentir qu'il n'est pas oublié</li> <li>• Etre pointilleux sur le dossier de soins et les observations infirmières. Noter régulièrement les signes vitaux</li> <li>• Ne pas oublier l'enseignement au patient</li> <li>• Etre particulièrement attentive aux risques tels qu'escarres, chutes et troubles électrolytiques. Des passages réguliers mais courts peuvent être une solution. Laisser la porte ouverte par exemple car si le patient a des MRSA, il n'y a pas de</li> </ul>	<p><b>L'étude est bien construite et possède tous les éléments importants.</b></p> <p><b>Elle donne de bonnes pistes de réflexion sur un sujet peu abordé dans les diverses autres études : la qualité des soins et des dossiers de soins.</b></p> <p><b>Les données sont quasi-expérimentales et on peut se demander si les différences entre les 2 groupes d'étude sont liées à la gravité de la maladie.</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparation des papiers de sortie</li> </ul> <p>Marqueurs pour la satisfaction du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les perceptions du traitement,</li> <li>• l'accès au personnel,</li> <li>• la communication,</li> <li>• l'humanité du personnel,</li> <li>• la propreté de l'environnement</li> </ul> <p>Un comité d'étude a approuvé la recherche</p>	<p>moins la moitié des jours de l'hospitalisation, ou d'avoir une évaluation de la fonction ventriculaire gauche.</p> <p>Les patients isolés étaient également moins susceptibles d'avoir la documentation de l'enseignement de l'insuffisance cardiaque congestive en temps voulu (dans les 4 semaines) ou des rendez-vous de suivi réguliers.</p> <p>Les patients isolés avaient plus d'hospitalisations et des taux plus élevés d'effets indésirables par rapport aux patients du groupe témoin.</p> <p>Les patients isolés étaient 8 fois plus susceptibles que les patients du groupe contrôle à l'expérience des échecs de soins tels que les chutes, les escarres, et les troubles hydroélectrolytiques.</p> <p>Les patients isolés ont exprimé une plus grande insatisfaction à l'égard de leur traitement que les patients témoins Ces différences se reflètent à la fois par des plaintes formelles et informelles.</p> <p>Les résultats montrent une forte</p>	<p>risques finalement !</p>	
--	---	-----------------------------	--



	<p>association entre l'isolement des patients et des lacunes des processus, les résultats et la satisfaction. Les patients isolés ont été moins susceptibles que les patients du groupe témoin d'avoir leurs signes vitaux correctement enregistrés, d'avoir des observations médicales documentées. Les patients isolés étaient également plus susceptibles de faire l'expérience d'un événement indésirable évitable et d'exprimer une insatisfaction de leurs soins.</p>		
--	---	--	--

<b>Bilker, WB. et al. (2008). Contact isolation for infection control in hospitalized patients: is patient satisfaction affected? <i>Infection Control Hospital Epidemiology</i>, 3, 275-278.</b>			
<b>Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Commentaires personnels</b>
<p>Déterminer les effets de l'isolement de contact sur la satisfaction des patients.</p> <p><b>Méthodologie/Setting</b> Une enquête transversale a été réalisée dans des services de médecine générale et de chirurgie à l'Hôpital de l'Université de Pennsylvanie.</p> <p>Inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolement pendant au moins 3 jours</li> <li>• les patients étaient éligibles s'ils n'avaient pas été isolés pendant l'hospitalisation et avaient eu un séjour d'au moins 3 jours.</li> <li>• Les patients qui ont été incapables de remplir un questionnaire ont été exclus.</li> <li>• 43 patients isolés et 43 non isolés</li> </ul>	<p>Les études montrent que les patients en isolement de contact avaient moins de contact avec les médecins et avaient plus de risques de vivre des expériences négatives</p> <p>Sur 43 patients isolés, 39 (91%) ont répondu à des questions supplémentaires.</p> <p>Parmi ces 39, seulement 18 (46,2%) ont déclaré que la raison et les procédures d'isolement ont été suffisamment expliquées, et 11 (28,2%) ne savaient pas que des gants et des blouses étaient nécessaires.</p> <p>Les 26 patients qui étaient auparavant isolés n'ont pas été plus compétents, 13 (50,0%) ont déclaré que l'isolement a été expliqué de manière adéquate, mais 7 (26,9%) n'étaient pas au courant des procédures appropriées. Après que des</p>	<p>Bien que l'étude n'ait pas montré de différences significatives entre les patients isolés et le groupe de contrôle, on peut remarquer que les patients isolés ont toujours répondu de manière moins favorable que les patients non isolés à presque toutes les questions. Il est possible que ces petites différences de satisfaction aient pu être détectées avec un échantillon plus important.</p> <p>Néanmoins, de nouvelles stratégies sont nécessaires pour résoudre les anomalies dans les interactions entre les travailleurs de la santé et les patients isolés. Parce que de petites différences de satisfaction peuvent exister, les efforts devraient être déployés pour renforcer la satisfaction des patients.</p>	<p><b>L'étude est bien construite et possède tous les éléments importants.</b></p> <p><b>Elle ne montre pas de différences significatives entre les patients en isolement de contact et les autres, mais une chose importante ressort : le manque d'informations</b></p>

<p>Le questionnaire était standard et enregistrait des informations sur les expériences des patients hospitalisés</p>	<p>procédures appropriées ont été expliquées, la majorité des 39 patients isolés (36 [92,3%]) a déclaré que les infirmières étaient habituellement ou toujours habillées et gantées, et que 28 (71,8%) ont déclaré que les médecins l'étaient également. La plupart des patients isolés (37 [94,9%]), a estimé que l'isolement était mis en place pour protéger les autres. Deux (5,1%), ont estimé que l'isolement était dans leur propre intérêt uniquement.</p> <p>Nous n'avons trouvé aucune différence statistiquement significative entre les patients isolés et non isolés dans les réponses. Bien que les patients aient montré un manque d'éducation concernant les principes et les procédures d'isolement, la plupart pensaient que l'isolement a été bénéfique et amélioré leurs soins.</p>	<p>Malgré cela, les patients semblent être mal instruits sur les procédures et la justification de l'isolement. Les hôpitaux devraient prendre des mesures pour veiller à ce que tous les patients soient bien informés sur la spécificité de leur hospitalisation et des soins médicaux.</p>	
---	---	---	--

Hellström, L., Sjöström, HT. & Skyman, E. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. <i>Scandinavian Journal of caring sciences</i> , 24, 102-107.			
Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence	Résultats les plus importants	Résultats les plus importants	Commentaires personnels
<p>Acquérir des connaissances sur les expériences des patients qui ont contracté le SARM à l'hôpital et qui, par la suite, ont été placé en isolement à la Clinique des maladies infectieuses, à l'hôpital universitaire de Sahlgrenska.</p> <p><b>Méthodologie/Setting</b> Les interviews ont été conçues selon une approche qualitative. Six patients (2 femmes et 4 hommes), âgés de 35-76 ans, qui ont contracté un SARM à l'hôpital Sahlgrenska, puis placés en isolement pendant au moins 1 semaine ont été interrogés. Les interviews ont été enregistrées et une analyse intersubjective a été accomplie.</p> <p>Etude approuvée par le comité d'étude</p>	<p>L'étude a révélé que les patients se sentaient violés d'avoir contracté le SARM à l'hôpital et leur isolement a été décrit comme traumatisant. Les patients l'ont toutefois accepté pour ne pas le propager.</p> <p>Les patients estiment qu'ils n'ont pas reçu leurs traitements dans les mêmes conditions que les autres patients et qu'ils manquaient d'informations sur le SARM. Ils se sentaient vulnérables en raison des réactions négatives de la part du personnel soignant, des membres de leur famille et des autres patients.</p> <p>• <b>L'expérience de l'isolement :</b> Les patients se sont sentis exclus, confinés et tenus à l'écart des autres patients. Tous les repas ont été servis dans la chambre et ils n'ont pas eu de visites spontanées</p>	<p>Les patients ont un grand besoin d'informations sur le SARM, le mode de transmission, etc. Il est également nécessaire que le personnel soit sensibilisé à cette problématique afin de dissiper les craintes des deux parties.</p> <p>L'isolement devrait être aussi court que possible afin de minimiser le sentiment de confinement.</p> <p>Les patients ont apprécié que quelqu'un s'intéresse à leur situation et qu'ils puissent exprimer leurs sentiments à une personne d'empathique qui écoutait vraiment. Cela a permis la gestion d'émotions fortes.</p> <p>Il est important que le personnel soignant acquière des connaissances solides quant au SARM et à toutes ses problématiques.</p>	<p><b>L'étude est bien construite et possède tous les éléments importants.</b> <b>La taille de l'échantillon est limitée.</b> <b>L'étude donne de bonnes pistes de réflexion sur les besoins des patients en isolement de contact.</b></p>

	<p>de la part du personnel, sauf lors des tournées infirmières.</p> <p>En dépit de la source de l'isolement, la vue du parc a donné aux patients un certain confort.</p> <p>• <b>L'expérience de l'infection :</b> Aucun patient n'a reçu d'informations quant à la façon dont ils avaient attrapé le SARM. Les entretiens ont toutefois montré que les patients étaient conscients de l'importance de l'hygiène. Ils ont été très attentifs à la façon dont le personnel se désinfectaient les mains.</p> <p>• <b>L'expérience de l'information :</b> La plupart des patients ont expliqué qu'ils avaient été mal informés ou pas informés du tout.</p> <p>• <b>L'expérience de la maladie sous-jacente :</b> Avant de contracter le SARM, les patients avaient une maladie plus ou moins grave. Ils estiment que</p>	<p>Cette connaissance accrue permettra au personnel et aux patients de se sentir en sécurité et d'éliminer la peur.</p>	
--	--	---	--

	<p>leur condition s'est détériorée suite à cette infection. Ils se sont vus refuser un traitement ou un examen en raison du SARM.</p> <p>• <b>L'expérience du contact avec les professionnels et les proches :</b>  Les patients ont révélé un comportement non professionnel de la part du personnel soignant. Les patients devaient attendre à l'extérieur de l'unité d'urgence pendant des heures pour voir un médecin, le personnel leur a dit qu'ils ne pouvaient pas s'asseoir à la salle d'attente avec les autres patients. Cela a été très stigmatisant et les patients se sentaient comme des pestiférés. Ils ont déclaré se sentir très en colère. Les proches se sont sentis souvent indésirables.</p> <p>• <b>L'expérience de la contagion :</b>  Les patients se sont sentis contagieux, souillés et avaient peur. En outre, il y avait un sentiment considérable de culpabilité et de honte. Ils ont</p>		
--	---	--	--

	<p>quitté le l'hôpital avec beaucoup de questions en suspens : est-ce que je peux retourner faire des courses, aller chez le coiffeur ?, etc.... Ces questions sont restées sans réponse, même 4 ans après leur départ.</p> <p>• <b>Sain ou malade ?</b>  Les proches ont réagi avec une certaine réserve dans la vie sociale et dans les contacts corporels parce qu'ils ne savaient pas comment agir. Ils avaient peur d'être infectés.</p>		
--	---	--	--

<b>Gammon, J. (1999). The psychological consequences of source isolation: a review of the literature. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 8, 13-21.</b>			
<b>Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Commentaires personnels</b>
<p>Revue de la littérature portant sur l'isolement de contact et ses effets psychologiques.</p> <p>L'étude fait un survol de l'isolement psychiatrique, et protecteur, aux soins intensifs, en milieu pédiatrique.</p> <p>De nombreux auteurs sont cités :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyland et Donaldson (1989)</li> <li>• Hinchliff et al. (1991)</li> <li>• Boore &amp; Ferguson (1987)</li> <li>• Hebb, 1955;</li> <li>• Kenna, 1962;</li> <li>• Zuckerman, 1964;</li> <li>• Popkin et al., 1974;</li> <li>• Drew, 1991;</li> <li>• Rajan, 1994</li> <li>• McKegney, 1966;</li> <li>• Benzer et al., 1983;</li> <li>• Fisher &amp; Moxham, 1984</li> <li>• Lazar et al., 1983</li> <li>• Broeder, 1985</li> <li>• (Bowlby, 1960,</li> <li>• Hollenbach &amp; Susman,</li> </ul>	<p>• <b>Isolement et privation sensorielle</b></p> <p>Les recherches montrent que l'isolement et la privation sensorielle peuvent induire de profondes altérations cognitives et perceptives chez les patients comme des hallucinations, une augmentation de la somnolence, des comportements inhabituels, une confusion, de l'agitation et de l'anxiété ou encore de l'ennui, de la solitude et de la frustration.</p> <p>Un autre examen des diverses études a montré que les patients en isolement souffraient de difficultés de concentration, de réactions émotionnelles négatives et paranoïaques.</p> <p>Knowles (1993) a noté que l'isolement, qui empêche les patients de communiquer de façon optimale et encourage les sentiments négatifs, a été réduit par le contact social.</p>	<p>Le stress de l'isolement peut être diminué par la reconnaissance de l'individualité des patients et de leurs stratégies d'adaptation.</p> <p>Collins et al. (1989) a constaté que la présence de soutien par le biais de la famille et des professionnels l'emportait sur les inconvénients d'être socialement, physiquement et psychologiquement isolé.</p> <p>Des choix simples, comme le placement des meubles, l'ouverture des stores, et le temps de repos ou d'éveil sont importants dans le maintien d'un sentiment de contrôle. Un contexte structuré peut donc faciliter des stratégies plus appropriées et efficaces d'adaptation pour faire face à l'isolement.</p> <p>Knowles (1993) : Les perceptions des patients concernant l'isolement ont été regroupées en</p>	<p><b>L'étude est complète et possède tous les éléments importants.</b></p> <p><b>L'auteur a déjà écrit bon nombre d'études sur le sujet.</b></p> <p><b>La recherche fait un survol très complet de tous les isolements et de leurs impacts psychologiques, elle cite de nombreux auteurs.</b></p> <p><b>Elle donne de bonnes pistes de réflexion sur les besoins des patients en isolement.</b></p>



<p>1980</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Richardson, 1987;</li> <li>• Norris &amp; Kennedy, 1992;</li> <li>• Tooke &amp; Brown, 1992;</li> <li>• Holland et al., 1977;</li> <li>• Pretnar et al., 1992;</li> <li>• Mooney et al., 1993;</li> <li>• Meyers et al. , 1994</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Littérature sur les soins intensifs</b> Le syndrome de soins intensifs est bien connu : désorientation, troubles de mémoire, de l'attention et de la concentration (McKegney, 1966). On pourrait faire valoir que les conditions du patient pris en charge dans une unité de soins intensifs sont à bien des égards similaires à celles des patients soignés en isolement. Ces derniers, comme les patients en soins intensifs, sont soignés dans des environnements modifiés et stressants. Cette impuissance peut être encore accentuée par l'incapacité de communiquer, en raison de l'intubation ou de la sédation. Ceci déclenche pour les deux groupes le désespoir, la peur, la frustration, la solitude et la colère (et Riggo., 1982). Fisher &amp; Moxham (1984).</li> <li>• <b>Littérature sur la pédiatrie</b> La littérature abonde de recherches se penchant sur les effets de l'isolement protecteur</li> </ul>	<p>différentes catégories : l'espace physique restreint; la prise de contact sociale difficile, le contact avec d'autres patients, l'adoption et l'évaluation du temps et le manque de contrôle sur les activités quotidiennes.</p> <p>La pratique des soins infirmiers doit être examinée. Collins et al. (1989), et Gammon (1997) conseillent un soutien professionnel qui permettrait aux patients de prendre le contrôle dans l'isolement, et de faciliter des stratégies d'adaptations efficaces.</p> <p>La recherche doit s'attarder sur un examen détaillé des interventions infirmières qui peuvent être mises en œuvre pour réduire les effets néfastes de l'isolement. Gammon (1997) affirme que les programmes d'éducation des patients doivent être structurés et flexibles.</p> <p>Il faut redonner le contrôle de la prise en soins au patient. Ces exemples, et bien d'autres</p>	
--	--	--	--

	<p>chez les enfants : isolement social, manque de stimulation et séparation d'avec la maman (Bowlby, 1960).</p> <p>Comment un enfant perçoit l'isolement à l'hôpital?</p> <p>Les recherches portant sur le thème de la compréhension qu'ont les enfants de l'isolement sont très limitées. Une grande partie de la littérature décrit les conséquences psychologiques de l'isolement protecteur : anxiété et dépression chez les enfants mais également chez les parents.</p> <p>Kueffner (1975) a étudié les effets de l'isolement sur six enfants d'âge scolaire. Elle a trouvé trois thèmes dominants imprégnant l'expérience de l'isolement des six enfants: la solitude, la douleur et la perte.</p> <p>De même, Broeder (1985) a noté que l'isolement prive les enfants de leurs interactions avec leur environnement et leurs proches.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Littérature sur l'isolement protecteur</b></li> </ul> <p>Pionniers dans ce domaine de</p>	<p>facteurs, peuvent faciliter une approche appropriée plus psychologique en réponse à l'isolement.</p> <p>Considérant les nombreuses conséquences négatives de l'isolement sur le psychologique, la prise en charge de ce groupe de patients doit être une priorité dans la recherche et la pratique des soins infirmiers.</p>	
--	---	---	--

	<p>recherche, Fine et al. (1969) ont noté que les patients en isolement protecteur sont soumis à un ensemble complexe de facteurs de stress pendant une période prolongée.</p> <p>Kohle et al. (1971) a poursuivi ce travail et examiné les effets de l'isolement protecteur sur le patient sur ses comportements et ses stratégies d'adaptation. Il a observé une meilleure adaptation chez les patients engagés activement dans le processus de régression et de dépendance. Les auteurs ont noté que tous les patients ont décrit des sentiments d'anxiété et d'appréhension avant et au cours de leur expérience de l'isolement protecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les effets psychologiques de l'isolement source sur des patients infectés</b></li> </ul> <p>Gould (1987) note que l'infection est effrayante. Cela est certainement vrai pour une personne qui est infectée par une maladie transmissible et aussi pour ses parents et amis. Ceci est</p>		
--	---	--	--

	<p>également vrai pour beaucoup d'infirmières et autres professionnels de la santé. Cette peur est souvent générée par l'inconnu. Les personnes qui ont besoin d'être isolées à cause de la nature de leur maladie peuvent souffrir d'anxiété (Denton, 1986). Ces sentiments peuvent être exacerbés par la réduction du niveau d'interactions sociales et sensorielles et par les aspects plus techniques de l'isolement, comme le port de vêtements protecteurs. On peut soutenir que l'isolement supprime tous les contrôles que les individus ont et favorise la passivité (Gammon, 1997). Les patients deviennent totalement dépendants.</p> <p>Gammon (1998) fait valoir que cette perte de contrôle apporte anxiété, dépression et faible estime de soi.</p> <p>La chambre individuelle, loin d'être un sanctuaire, peut devenir une cellule de prison pour le patient infecté (Bennett, 1983).</p> <p>En outre, un problème majeur, est la stigmatisation (Knowles, 1993)</p>		
--	--	--	--

	<p>en raison de l'infection et en raison de l'attitude des autres à son égard (Geelhoed, 1978).</p> <p>Grazier (1988) affirme que la communication est vitale. Cela démontre que les patients sont très vulnérables (Denton, 1986), et que les infirmières doivent en être conscientes et agir en tant que défenseurs des patients.</p>		
--	---	--	--

<b>Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. <i>International Journal of Nursing Practice</i>, 4, 84-96.</b>			
<b>Buts de la recherche/Question</b> <b>Méthodologie/Setting</b> <b>Concepts ou cadre de référence</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Commentaires personnels</b>
<p>Etude quantitative afin de déterminer les effets psychologiques de l'hospitalisation et de l'isolement de contact et voir comment ces deux stressors affectent les capacités de coping des patients. Est-ce que l'isolement de contact est plus stressant qu'une simple hospitalisation ?</p> <p><b>Méthodologie/Setting</b>  Nombre de participants=40  Devis de recherche quasi-expérimental avec une approche quantitative.  20 personnes hospitalisées et 20 personnes en isolement de contact ont rempli plusieurs questionnaires ou échelle.  Inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• + de 18 ans</li> <li>• Pouvant lire et écrire l'anglais</li> <li>• Capables de participer</li> </ul>	<p>Les résultats ont confirmés des recherches déjà publiées : l'hospitalisation provoque des effets négatifs qui ont des conséquences sur le bien-être et la capacité d'adaptation des patients. Plus encore, les personnes en isolement de contact avaient un niveau d'anxiété et de dépression significativement plus élevé que les autres et une estime de soi et un sentiment de contrôle significativement plus bas.</p>	<p>Beaucoup d'études manquent pour déterminer quelles interventions spécifiques les infirmières peuvent mettre en place afin d'améliorer ces effets, aider le patient dans sa capacité d'adaptation.</p> <p>Coxon (1989) dit que les patients sont souvent réfractaires à exprimer des éléments de leur vie aux infirmières et inversement : les infirmières ne donnent pas beaucoup d'informations sur la condition du patient à cause d'un manque de connaissances. Elles limitent donc les dialogues parce qu'elles ont peur de ne pas pouvoir répondre aux questions.</p> <p>Les patients ont besoins de (Gammon) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétences</li> <li>• Informations</li> <li>• Motivation</li> </ul>	<p><b>L'étude est complète et possède tous les éléments importants. L'auteur a déjà écrit bon nombre d'études sur le sujet. Ses pistes de réflexions sont intéressantes mais peu fournies. Elles corroborent d'autres études déjà publiées.</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun passé psychiatrique</li> <li>• En isolement depuis au moins 7 jours</li> <li>• Isolés pour la 1<sup>e</sup> fois</li> </ul> <p>Eléments analysés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété</li> <li>• Dépression</li> <li>• Estime de soi</li> <li>• Sentiment de contrôle</li> </ul> <p><b>Concepts ou cadre de référence</b>  L’auteur utilise le concept clé de coping : Selon Lazarus &amp; Lainier (1978), <b>le coping</b> est l’ensemble des processus qu’un individu interpose entre lui et l’évènement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l’impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique (pp. 287-327).</p>		<p>Un certain nombre de recherches se sont penchées sur comment éviter les effets négatifs durant l’hospitalisation mais aucune durant l’isolement.</p>	
---	--	---	--

<b>MacDonald, P. (2008) Exploring patients' experiences of MRSA to help reduce HCAs. <i>Nursing Times</i>, 9, 32-33.</b>			
<b>Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Commentaires personnels</b>
<p>Déterminer l'expérience des patients hospitalisés avec un SARM et identifier les implications pour la pratique</p> <p><b>Méthodologie/Setting</b> Analyse qualitative et phénoménologique de l'expérience des patients au travers d'une revue de la littérature :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Newton et al, 2001;</li> <li>• Tarzi et al, 2001;</li> <li>• Kennedy and Hamilton, 1997</li> <li>• Kralik, 2002</li> <li>• Criddle and Potter, 2006</li> <li>• Ward, 2000</li> <li>• Madeo, 2003</li> <li>• Gammon, 1999</li> <li>• Hamour et al, 2003</li> <li>• Kelly-Rossini et al, 1996</li> <li>• Bennett, 1983</li> <li>• Cava et al, 2005;</li> <li>• Temple-Smith et al, 2004</li> </ul>	<p>L'article classe les principaux résultats en 3 thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Connaissances et compréhension :</b> Ce thème est présent dans les 19 études retenues. Beaucoup de patients ont manqué d'informations et ont trouvé que le personnel soignant lui-même n'avait pas toutes les informations nécessaires. Il ne pouvait donc pas les fournir aux patients. Les patients avaient besoin d'informations écrites et orales quant aux procédures d'isolement particulièrement. Ils utilisaient internet afin d'avoir des réponses qui étaient parfois fausses ou faisaient dans le sensationnel.</li> <li>• <b>Peur et stigmatisation :</b> Les patients avaient peur pour leur santé, peur d'infecter les autres et se sentaient rejetés et stigmatisés. Cette peur était</li> </ul>	<p>Les besoins des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informations écrites et orales sur les procédures d'isolement</li> <li>• Que le personnel soignant ait des connaissances solides sur cette problématique</li> <li>• Soutien et aide de la part du personnel soignant</li> <li>• Contacts avec les autres patients isolés</li> <li>• Accès et informations sur les différents groupes de paroles</li> </ul>	<p><b>Cette revue est bien construite et possède tous les éléments importants.</b> <b>Elle cite 19 articles.</b> <b>Elle donne de bonnes pistes de réflexion sur les besoins des patients.</b></p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öhman et al, 2003</li> <li>• Langemo et al, 2000</li> <li>• Hammerlund and Nyström, 2003</li> <li>• Knowles, 1993</li> </ul>	<p>intrinsèquement liée à leur manque d'informations.</p> <p>• <b>Camaraderie :</b>  La camaraderie a permis à certains patients d'augmenter leur confort. Avoir accès à un soutien et de l'aide leur a permis de ne pas se sentir seul avec cette problématique de l'isolement. Beaucoup ont ressenti le besoin de partager leur expérience avec d'autres patients vivant la même chose. Ce contact avec d'autres patients leur ont manqué. Certains ont utilisé des groupes de parole. Deux études n'ont pas abordé ce thème.  Près de la moitié des patients n'a pas de stratégie efficace et voudrait davantage d'informations, d'encouragements et de visites.  Certains voudraient marcher dans le couloir, des repas améliorés et davantage de tranquillité.  Des patients mentionnent que depuis leur mise en isolement, certains membres du personnel les évitent, de peur d'attraper la</p>		
---	---	--	--

	bactérie ou se comportent différemment.		
--	--	--	--

Birchall, C., Davies, HR., Price, J. & Rees, J. (2000). Psychological effects of source isolation nursing (2): Patient satisfaction. <i>Nursing Standard</i> , 14, 32-36.			
Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence	Résultats les plus importants	Résultats les plus importants	Commentaires personnels
<p>Déterminer l'efficacité de la communication du personnel soignant par rapport à l'infection et à son management.</p> <p>Déterminer le type de locus de contrôle des patients et de leurs proches</p> <p>Déterminer le niveau de satisfaction des patients et de leurs proches</p> <p>La confiance des patients et de leurs proches en l'équipe clinique</p> <p><b>Méthodologie/Setting</b></p> <p>21 patients avec une infection aux MRSA, clostridium difficile ou tuberculose en isolement de contact ont répondu à un questionnaire.</p> <p>61.9% d'hommes. Patients entre 31 et 80 ans dont l'isolement a duré de 1 à plus de 8 semaines. La plupart n'avait jamais vécu d'isolement avant.</p>	<p><b>1. Introduction</b></p> <p>Les effets de l'isolement de contact ont été étudiés dans une précédente recherche faite par les mêmes auteurs. Ils avaient observé une grande prévalence de troubles de l'humeur.</p> <p><b>2. Résultats</b></p> <p>• <b>Les informations sur l'infection et les traitements</b></p> <p>2/3 des participants ont trouvé qu'ils avaient eu assez d'informations. 85% disaient connaître quelqu'un capable de répondre à leurs questions. 72.6% des patients ont répondu correctement à la raison de l'isolement.</p> <p>• <b>Locus de contrôle</b></p> <p>Les patients ont évalué les actions de l'équipe clinique, de leurs proches et leurs propres actions comme significativement élevées. Les auteurs ont trouvé un lien</p>	<p>Ce qui est très voire extrêmement important pour les patients et leurs proches :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heures de visites flexibles</li> <li>• Propreté de la chambre</li> <li>• Décoration de la chambre</li> <li>• Télévision, radio, téléphone</li> <li>• Choix et présentation variée des menus</li> <li>• Contacts réguliers avec le personnel soignant</li> <li>• Choses à faire pour passer le temps</li> <li>• Être tenu au courant de l'évolution de la situation et des traitements</li> </ul> <p>Recommandations pour la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner une grande importance aux contacts avec le patient</li> <li>• Bonne communication avec le patient et</li> </ul>	<p><b>Le setting est limité, la généralisation difficile. L'étude est bien construite et comporte tous les éléments importants. Des graphiques aident à la compréhension des résultats. L'étude donne de bonnes pistes de réflexions sur les besoins des patients en isolement de contact ainsi que des recommandations pour la pratique.</b></p>

	<p>entre l'augmentation du niveau de dépression et la diminution de la foi en l'équipe clinique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <b>Satisfaction du séjour</b>            Evaluation entre 0 et 10 de leur séjour en isolement de contact. Les scores varient entre 3 et 10. Seuls 14.3% des participants ont indiqué un niveau de satisfaction bas (5 et moins). Un facteur significatif de satisfaction était la perception d'être au courant du traitement en cours.            L'un des éléments les plus importants pour 90.5% des patients et 100% des proches étaient de recevoir des contacts réguliers avec les professionnels. L'accès au téléphone et à la télévision était également évalué positivement par tous les patients et leurs proches et 85.7% évaluent la propreté de la chambre comme très importante.         </li> <li> <b>Confiance en l'équipe clinique</b>            Presque la moitié des patients et plus de la moitié des proches étaient très confiants et étaient         </li> </ul>	<p>consolider les connaissances du patient quant à l'infection</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le personnel soignant doit mettre l'accent sur l'identification des troubles de l'humeur et trouver des stratégies pour les diminuer en augmentant la communication et les contacts.</li> <li>Tenir compte des besoins exprimés par les patients</li> </ul>	
--	--	---	--

	<p>sûrs que l'équipe clinique arriverait à traiter l'infection.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Perceptions de la durée de l'isolement</b></li> </ul> <p>Il est intéressant de noter que les patients capables de donner une durée avaient un score d'anxiété significativement plus élevé que ceux qui ne pouvaient pas l'estimer.</p>		
--	---	--	--

<b>Knowles, HE. (1993). The experience of infectious patients in isolation. <i>Nursing Times</i>, 30, 53-56.</b>			
<b>Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Commentaires personnels</b>
<p><b>Concepts ou cadre de référence :</b> Les concepts de stress, communication, stigmatisation et de déprivation sensorielle ont souvent été utilisés dans les recherches sur le sujet.</p> <p><b>Méthodologie/Setting :</b> Petite étude qualitative portant sur l'expérience de 8 patients (de 21 à 85 ans, en isolement depuis 5 à 12 semaines) et de 8 infirmières. Un comité d'éthique a approuvé l'étude. Les interviews ont été enregistrées puis retranscrites et analysées.</p> <p><b>Buts de la recherche/Question :</b> Déterminer l'expérience des patients en isolement et celle des infirmières.</p>	<p><b>1. Introduction</b> Même si des études n'ont montré aucun effet négatif de l'isolement de contact chez les patients, des infirmières observent souvent des troubles du comportement qui peut aller de l'anxiété à l'agitation jusqu'à la dépression. Il est important de relever que l'expérience des patients en isolement de contact peut avoir des dimensions très différentes et que les réponses individuelles à une telle situation peuvent beaucoup varier.</p> <p><b>2. Résultats</b> Les réponses ont été très différentes suivant les patients. Ceci montre la complexité de la problématique.</p> <p>• <b>Espace physique limité</b> Certains patients se sentent confinés, emprisonnés ; une réponse en lien avec l'environnement physique.</p>	<p>Les besoins de patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le contact avec le personnel</li> <li>• Une jolie vue et une chambre aménagée</li> <li>• Passer le temps : TV, radio...</li> <li>• Des informations car ils restent des incompréhensions face aux différentes procédures de contrôle des infections</li> </ul>	<p><b>Le setting est limité, l'étude est peu généralisable.</b> <b>L'étude est bien construite mais les objectifs ne sont pas explicites et il n'y a pas de discussion.</b> <b>L'étude date un peu (1993).</b></p>

	<p>• <b>Les difficultés de prise de contact</b></p> <p>Le contact avec les autres a une grande importance pour tous les patients et tous étaient frustrés par l'environnement physique et le manque de réponse du personnel. Les chambres étaient différentes les unes des autres. Souvent, la vue était très limitée car la fenêtre était trop haute pour quelqu'un d'alié. Souvent la chambre elle-même était en retrait des autres. Certains patients ne voulaient pas sonner pour ne pas déranger sauf si c'était absolument nécessaire. Et ils n'étaient pas sûrs que la sonnette soit entendue. 2 patients ont dû un jour attendre une demi-heure avant qu'une infirmière ne réponde.</p> <p>Souvent, c'était au patient d'initier le contact. Le fait de devoir ainsi attendre une réponse à leur appel fait ressentir aux patients de la colère, un sentiment d'insignifiance et de l'anxiété.</p>		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li> <b>• Le contact avec les autres patients</b>  Certains patients avaient passé une période avec quelqu'un d'autre avant de se retrouver en chambre seule. La compagnie d'un autre patient est décrite comme une source de confort. Mais certains patients apprécient beaucoup le fait d'être seul dans une chambre. </li> <li> <b>• Passer le temps</b>  Le manque de contact visuel était une barrière significative aux soins comme le relèvent les patients et les infirmières. Afin de passer le temps, les patients regardaient la TV, écoutaient la radio ou nettoyaient leur chambre. </li> <li> <b>• La perception des infirmières</b>  Les infirmières se rendaient compte que leurs soins étaient réduits en termes de fréquence et de vitesse de réponse. Les soins apportés aux patients en isolement de contact n'étaient pas différents de ceux pour les autres patients. Les infirmières venaient dans la chambre pour des raisons </li> </ul>		
--	--	--	--



	<p>bien précises : réfections de pansements, toilettes...</p> <p>Une des infirmières relève que se rendre dans une chambre d'isolement était agréable car elle se sentait coupée du reste du service et pouvait se consacrer au patient.</p> <p>• <b>Traiter les aspects psychologiques</b></p> <p>Lorsqu'un patient était dépressif, c'était une bonne excuse pour les infirmières pour ne pas se rendre dans la chambre car elles disaient qu'elles n'avaient pas les compétences pour accompagner quelqu'un de dépressif. Beaucoup d'infirmières ne se sentent pas capables de faire face aux besoins psychologiques. Les patients qui ont alors besoin de davantage de contact en ont en fait moins.</p> <p>• <b>Limitation du temps</b></p> <p>Le stress et les demandes des autres patients étaient une véritable barrière à la prise en soins des patients en isolement de contact. Parce que les infirmières ne pouvaient pas les voir, elles trouvaient difficile de les</p>		
--	---	--	--

	<p>observer et d'anticiper leurs besoins. Le fait de devoir s'habiller prenait beaucoup de temps et réduisait la fréquence des réponses.</p> <p>• <b>Peur de l'infection</b></p> <p>Certains patients ont attribué cette diminution de fréquences des réponses à la peur de la contagion des infirmières. Certaines d'entre elles ne voient pas de problème dans la prise en soins des patients en isolement de contact.</p> <p>• <b>Les mesures de contrôle de l'infection</b></p> <p>Le port de masque ne sert à rien s'il n'y a pas de risques de giclures, pourtant certains patients relèvent que certaines infirmières ou médecins en portent.</p>		
--	--	--	--

<b>Hartmann, C. (2006). How do patients experience isolation due to an infection or colonisation with MRSA? <i>Pflegezeitschrift</i>, 10, 2-8.</b>			
<b>Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Commentaires personnels</b>
<p>Revue de la littérature pour déterminer le vécu des patients de l'isolement de contact. 5 études ont été retenues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pike, 2002</li> <li>• McLean, Newton et al, 2001</li> <li>• Tarzi et al, 2001</li> <li>• Kennedy &amp; Hamilton, 1997</li> <li>• Madeo, 2003</li> </ul> <p>Puis une recherche qualitative a été menée, avec 11 patients (7 hommes et 4 femmes entre 36 et 75 ans) afin de décrire et comprendre comment est vécu l'isolement de contact. Les interviews ont été enregistrées, retranscrites puis analysées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La perte de contrôle</b> Les patients ressentent qu'ils ne peuvent rien influencer. Ils se sentent tristes, désespérés, impatients. Ils voient les médecins impuissants face à l'évolution de l'infection mais également face à leurs questions. Cette perte de contrôle se traduit également dans le fait qu'ayant sonné, les patients doivent parfois attendre longtemps pour avoir une réponse.</li> <li>• <b>Le retrait social</b> Ne pas pouvoir sortir de sa chambre, voir le personnel muni de surblouse et de gants, ne pas pouvoir reconnaître les visages provoque une diminution de l'estime de soi. Les patients se replient sur eux-mêmes. Souvent, ils essaient de rationaliser la situation. Afin de résister, ils recherchent le contact social.</li> </ul>	<p>Les besoins des patients en isolement de contact :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacts avec le personnel soignant, sans devoir trop attendre lorsqu'ils sonnent</li> <li>• Que le personnel soignant soit chaleureux et qu'il prenne le temps d'établir une relation de confiance et de répondre aux questions</li> <li>• Avoir des visites et des contacts téléphoniques</li> <li>• Que le personnel respecte les mesures d'hygiène</li> <li>• Avoir quelqu'un pour discuter</li> <li>• Une chambre avec toilettes et lavabo</li> <li>• Avoir un contact quotidien avec le médecin</li> <li>• Des heures de visites flexibles</li> <li>• Que le personnel se présente lorsqu'il entre dans la chambre</li> </ul>	<p><b>L'étude est bien construite et possède tous les éléments importants.</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le personnel infirmier et médical</b> Le contact avec ces personnes est important afin d'établir une relation de confiance et de répondre aux interrogations. Lorsque les médecins prennent le temps, les patients se sentent plus en confiance et ont des sentiments plus positifs. Un personnel chaleureux a une grande importance pour la satisfaction du patient. Cette chaleur ne semble pas toujours présente.</li> <li>• <b>L'aide et le soutien des aidants naturels</b> Les proches sont très importants pour les patients et sont souvent le seul contact avec le monde extérieur et la seule distraction. Les contacts téléphoniques permettent également aux patients de ne pas se sentir exclus.</li> <li>• <b>La chambre seule</b> Sur 11 patients, 10 trouvaient qu'être seul dans une chambre n'était pas un problème. Il est agréable d'avoir un compagnon, mais l'isolement peut parfois durer des semaines, l'intimité est</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que les visites puissent venir sans porter les vêtements de protection</li> </ul>	
--	--	--	--

	<p>difficile.</p> <p>Souvent, un cheminement psychologique est entrepris afin de pouvoir accepter la situation, gérer l'anxiété. La situation est souvent rationalisée afin de pouvoir la contrôler.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ?</li> </ul> <p>Les patients sont inquiets en voyant les habits de protection que porte le personnel. Les visites hésitent à venir et ne restent souvent pas longtemps, alors que ces visites sont très importantes pour le patient.</p> <p>Les soignants craignent également les vêtements de protection car cela prend du temps de les mettre. Des visites rapides ne sont pas vraiment possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ?</li> </ul> <p>Les mesures d'hygiène semblent ne pas toujours être respectées par le personnel. Cela rend le patient en colère car il ne comprend alors plus l'importance de l'isolement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ?</li> </ul> <p>Durant les longs isolements, le patient dirige sa colère contre l'hôpital et le personnel qu'il</p>		
--	---	--	--

	<p>pense responsable de son infection.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ?</li> </ul> <p>Le patient voudrait pouvoir discuter avec quelqu'un de l'extérieur ce qui parfois ne se fait pas tant que le patient est isolé.</p>		
--	---	--	--

Constable, D., Newton, JT. & Senior, V. (2001). Patient's perceptions of methicilin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation : a qualitative analysis of source-isolated patients. <i>Journal of Hospital Infection</i> , 48, 275-280.			
Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence	Résultats les plus importants	Résultats les plus importants	Commentaires personnels
<p>Investiguer les perceptions des patients en isolement de contact à cause d'une infection aux MRSA. Déterminer l'impact de l'isolement sur l'état psychologique, culturel et sur les besoins en soins du patient. Chercher des interventions afin de minimiser les impacts négatifs sans provoquer des risques de transmission.</p> <p><b>Méthodologie/Setting</b> 19 patients (12 femmes et 7 hommes, entre 44 et 87 ans) avec une infection aux MRSA, en isolement de contact depuis 3 à 77 jours. Les patients trop sérieusement malades, dépressifs ou incapables de communiquer ont été exclus. Avant les interviews, les patients ont reçu les informations écrites et orales de la part de l'infirmière en hygiène hospitalière quant à</p>	<p><b>1. Introduction</b> Attraper une infection durant une hospitalisation peut être vu comme un problème additionnel et inattendu à la raison première de l'hospitalisation. Les patients affectés ont, tout comme les infirmières, un grand rôle à jouer dans la prévention de la dissémination des bactéries. L'adhésion des patients aux procédures de prévention (Handwashing) est importante. Leur compréhension des MRSA et des procédures d'isolement est un élément significatif de l'adhérence du patient aux différentes procédures. Des études ont montré que certains patients pouvaient souffrir d'effets négatifs dus à l'isolement (anxiété, dépression...). Il faut donc déterminer les perceptions des patients car des éléments prouvent</p>	<p>La majorité des patients n'avaient pas une idée claire quant à l'infection aux MRSA ou à l'isolement de contact → besoin de davantage d'informations malgré celles reçues. Des études antérieures ont montré que le fait de blâmer les autres, particulièrement le personnel soignant, faisait référence à une pauvre capacité d'ajustement et à de la colère (Tennen &amp; Afleck, 1990, cité par...). Ceci pose un problème car si les gens comprennent bien les causes de leur infection, ils auront tendance à être en colère ! La difficulté de comprendre les MRSA réside également dans l'absence de symptômes. Ceci provoque une baisse de l'adhésion dans les procédures de contrôle des infections. Le fait que certains professionnels ne suivent pas les procédures renforce encore ces</p>	<p><b>Le setting est limité, la généralisation difficile.</b> <b>L'étude comporte tous les éléments importants, mais sa bibliographie n'est pas très riche, surtout au sujet de l'isolement de contact.</b> <b>L'étude donne de bonnes pistes de réflexion sur les besoins des patients.</b></p>

<p>l'infection aux MRSA et à l'isolement de contact.</p> <p>Interviews semi-structurées enregistrées et retranscrites sur les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceptions des causes de l'infection</li> <li>• Si le patient se sentait avoir le contrôle ou non</li> <li>• Les traitements pour l'infection et si le patient les trouvait efficaces</li> <li>• Perceptions de la sévérité et des conséquences de l'infection</li> </ul>	<p>que la perception du patient quant aux causes et aux conséquences de sa maladie sont des éléments primordiaux des ajustements émotionnels et comportementaux face à la maladie. Les patients qui se perçoivent comme ayant le contrôle sur leur maladie font mieux face que les patients qui perçoivent moins leur contrôle (Fisher &amp; Johnston, 1996, cité par...).</p> <p><b>2. Résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cause des MRSA</li> </ul> <p>6 participants attribuent la cause de l'infection à l'hôpital et aux mauvaises mesures d'hygiène, 5 à eux-mêmes. 4 participants attribuent la cause à un système immunitaire déficient et 1 à une mauvaise hygiène personnelle. 6 participants n'avaient pas d'idées claires sur la cause.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôlabilité des MRSA</li> </ul> <p>La majorité des participants n'avait pas d'idées quant à la durée de l'infection et avait du mal à juger de l'efficacité des traitements parce que les</p>	<p>comportements.</p> <p>L'isolement de contact n'induit pas forcément d'effets négatifs mais certains patients souffrent du manque d'attention du personnel soignant → besoin de soutien et d'écoute de la part du personnel soignant.</p>	
---	--	---	--



	<p>participants ne sentaient pas forcément qu'ils avaient la bactérie. 4 participants pensaient qu'il n'y avait pas de traitement pour les MRSA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conséquences des MRSA La moitié des participants pensaient l'infection peu sérieuse parce qu'ils ne sentaient pas que ça les affectaient. 2 participants trouvaient que l'infection augmentait la durée de l'hospitalisation.</li> <li>• Perceptions de l'isolement Très peu de participants comprenaient le but de l'isolement de contact. Seuls 4 comprenaient que c'était pour éviter la dissémination de la bactérie. 5 participants ont suggéré que la « barrier nursing » était là pour protéger le personnel et les autres patients, 3 ne voyaient aucune explication.</li> <li>• Impact de l'isolement L'isolement était perçu positivement (intimité, liberté) et négativement (manque d'attention du personnel et solitude).</li> </ul>		
--	---	--	--

<b>Julien, F. &amp; Sanchis, AM. (2005). Acceptation par les patients des mesures d'isolement de contact dans le cadre d'une épidémie à Entérocoque résistant à la vacomycine.</b>			
<b>Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence</b>	<b>Résultats les plus importants</b>	<b>Liens avec ma question de recherche</b>	<b>Commentaires personnels</b>
<p>Comment l'isolement est-il vécu par le patient ? Etude épidémiologique</p> <p><b>Méthodologie/Setting</b> Questionnaires simples distribués à 16 patients en isolement de contact.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée de l'isolement : L'isolement a duré tout le séjour chez 18.8% des patients, de 4 à 8 jours chez 37.5% et moins de 3 jours chez 31.3%.</li> <li>• Qualité de l'information : La qualité de l'information est très claire ou claire chez 100% des patients</li> <li>• Ces mesures visaient : 10 patients ont répondu que c'était pour éviter de faire rentrer des germes dans l'hôpital, 12 patients que c'était pour éviter de transmettre le germe entre les personnes et 5 patients que c'était pour les protéger des germes des autres.</li> </ul> <p>Les mesures d'isolement sont bien acceptées du moment où elles sont expliquées. Mais le but n'est pas toujours compris.</p>	<p>Cette étude montre que les patients acceptent bien les mesures d'isolement mais que malgré une information, certains n'en comprennent pas le but. Les patients ont donc besoin d'une meilleure information.</p>	<p><b>La construction de l'étude n'est pas bonne, il manque beaucoup d'informations quant à la méthodologie et au setting. Il n'y a pas de bibliographie. Le setting est restreint. Un seul élément important est mis en évidence : le manque d'information.</b></p>

Birchall, C., Davies, HR., Price, J. & Rees, J. (2000). Psychological effects of source isolation nursing (2): Patient satisfaction. <i>Nursing Standard</i> , 14, 32-36.			
Buts de la recherche/Question Méthodologie/Setting Concepts ou cadre de référence	Résultats les plus importants	Liens avec ma question de recherche	Commentaires personnels
<p>Déterminer l'efficacité de la communication du personnel soignant par rapport à l'infection et à son management.</p> <p>Déterminer le type de locus de contrôle des patients et de leurs proches</p> <p>Déterminer le niveau de satisfaction des patients et de leurs proches</p> <p>La confiance des patients et de leurs proches en l'équipe clinique</p> <p><b>Méthodologie/Setting</b></p> <p>21 patients avec une infection aux MRSA, clostridium difficile ou tuberculose en isolement de contact ont répondu à un questionnaire.</p> <p>61.9% d'hommes. Patients entre 31 et 80 ans dont l'isolement a duré de 1 à plus de 8 semaines. La plupart n'avait jamais vécu d'isolement avant.</p>	<p><b>3. Introduction</b></p> <p>Les effets de l'isolement de contact ont été étudiés dans une précédente recherche faite par les mêmes auteurs. Ils avaient observé une grande prévalence de troubles de l'humeur.</p> <p><b>4. Résultats</b></p> <p>• <b>Les informations sur l'infection et les traitements</b></p> <p>2/3 des participants ont trouvé qu'ils avaient eu assez d'informations. 85% disaient connaître quelqu'un capable de répondre à leurs questions. 72.6% des patients ont répondu correctement à la raison de l'isolement.</p> <p>• <b>Locus de contrôle</b></p> <p>Les patients ont évalué les actions de l'équipe clinique, de leurs proches et leurs propres actions comme significativement élevées. Les auteurs ont trouvé un lien</p>	<p>Ce qui est très voire extrêmement important pour les patients et leurs proches :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heures de visites flexibles</li> <li>• Propreté de la chambre</li> <li>• Décoration de la chambre</li> <li>• Télévision, radio, téléphone</li> <li>• Choix et présentation variée des menus</li> <li>• Contacts réguliers avec le personnel soignant</li> <li>• Choses à faire pour passer le temps</li> <li>• Être tenu au courant de l'évolution de la situation et des traitements</li> </ul> <p>Recommandations pour la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner une grande importance aux contacts avec le patient</li> <li>• Bonne communication avec le patient et</li> </ul>	<p><b>Le setting est limité, la généralisation difficile. L'étude est bien construite et comporte tous les éléments importants. Des graphiques aident à la compréhension des résultats. L'étude donne de bonnes pistes de réflexions sur les besoins des patients en isolement de contact ainsi que des recommandations pour la pratique.</b></p>

	<p>entre l'augmentation du niveau de dépression et la diminution de la foi en l'équipe clinique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <b>Satisfaction du séjour</b>            Evaluation entre 0 et 10 de leur séjour en isolement de contact. Les scores varient entre 3 et 10. Seuls 14.3% des participants ont indiqué un niveau de satisfaction bas (5 et moins). Un facteur significatif de satisfaction était la perception d'être au courant du traitement en cours.            L'un des éléments les plus importants pour 90.5% des patients et 100% des proches étaient de recevoir des contacts réguliers avec les professionnels. L'accès au téléphone et à la télévision était également évalué positivement par tous les patients et leurs proches et 85.7% évaluent la propreté de la chambre comme très importante.         </li> <li> <b>Confiance en l'équipe clinique</b>            Presque la moitié des patients et plus de la moitié des proches étaient très confiants et étaient         </li> </ul>	<p>consolider les connaissances du patient quant à l'infection</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le personnel soignant doit mettre l'accent sur l'identification des troubles de l'humeur et trouver des stratégies pour les diminuer en augmentant la communication et les contacts.</li> <li>Tenir compte des besoins exprimés par les patients</li> </ul>	
--	--	---	--

	<p>sûrs que l'équipe clinique arriverait à traiter l'infection.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Perceptions de la durée de l'isolement</b></li> </ul> <p>Il est intéressant de noter que les patients capables de donner une durée avaient un score d'anxiété significativement plus élevé que ceux qui ne pouvaient pas l'estimer.</p>		
--	---	--	--